

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

Diplomová práce

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Bc. et Bc. Klára Lesse

Psychologické aspekty atopického ekzému u dětí a dospívajících

Psychological Aspects of Atopic Eczema
in Children and Adolescents

Praha 2016

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.

Konzultant: MUDr. Anna Jiráková, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí doc. Gillernové, že mě vždy pozitivně směřovala až k cíli, děkuji Jiřímu Nohejlovi za trpělivost i cenné připomínky a také svým blízkým za podporu, která při psaní hojila můj psychický stav i atopický ekzém.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 1.8. 2016

Klára Lesse

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá atopickým ekzémem u dětí a dospívajících z psychologické perspektivy. Cílem tohoto textu je popsat a vyzdvihnout psychologické aspekty tohoto onemocnění a charakterizovat oblasti, kterých se může dotýkat a na které může působit. Z hlediska struktury je práce dělena do tří částí. Úvodní teoretická část je zaměřena na deskripci zkoumané problematiky, cílem bylo podat ucelený pohled na toto onemocnění a nastínit relevantní psychologická východiska pro empirické šetření. Ve druhé empirické části je pozornost věnována vnitřním aspektům prožívání této nemoci u dětí a dospívajících. V kvantitativním výzkumu bylo snahou zmapovat specifické fenomény, výskyt depresivních symptomů a způsob výchovy v rodině. Kvantitativní výzkum je doplněn o kvalitativní část, jejímž cílem bylo hlouběji proniknout do problematiky prostřednictvím dvou kazuistik. Ty se soustředily na celkové prožívání spjaté s diagnózou atopického ekzému. Závěrečná část reflektuje získané poznatky a v konečné diskuzi shrnuje výsledky výzkumných předpokladů, včetně limitů a možností budoucí psychologické práce s tímto onemocněním.

Klíčová slova

Atopický ekzém, psychosomatický přístup, depresivita, způsob výchovy v rodině, pruritus

Abstract

This master thesis focuses on atopic eczema in children and adolescents from a psychological perspective. The aim of this text is to describe and emphasize the psychological aspects of this disease and characterize the areas it may concern and affect. Regarding the structure, the thesis is divided into three parts. The introductory theoretical part is focused on a description of the explored subject-matter, the aim was to submit a comprehensive perspective on this disease and outline a relevant psychological basis for the empirical enquiry. The second empirical part is focused on the intrinsic aspects of the experience of this disease in children and adolescents. The quantitative research was designed to map out the specific phenomena, incidence of depressive symptoms and family upbringing style. The quantitative research is complemented by a qualitative inquiry with the aim to get further into depth of the issue by means of two case studies. These were focused on the overall experience related to the diagnosis of atopic eczema. The final part reflects acquired findings and the conclusive discussion summarizes the results of the exploratory assumptions including the limits and the possibilities of future psychological work with this disease.

Keywords

Atopic eczema, psychosomatic approach, depression, family upbringing style, pruritus

Obsah

Úvod.....	9
1. Psychosomatický přístup jako možnost pohledu na atopický ekzém ...	10
1.1 Shrnutí psychosomatické orientace.....	10
1.2 Specifika psychosomatické orientace v dermatologii	13
2. Atopický ekzém	15
2.1 Kůže a její psychologický význam.....	15
2.2 Atopický ekzém – povaha onemocnění	17
2.2.1 Projevy atopického ekzému u dětí a dospívajících	22
2.3 Pruritus jako nejvýznamnější symptom atopického ekzému.....	23
3. Psychologické aspekty spojené s projevy atopického ekzému	27
3.1 Deskripce psychologických faktorů	27
3.1.1 Specifické psychologické aspekty u dětí a dospívajících	30
3.2 Kvalita života pacientů s atopickým ekzémem.....	32
3.2.1 Kvalita života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem	33
3.3 Atopický ekzém u dětí a jeho působení v rodinném systému	34
3.4 Možnosti psychologické podpory v léčbě atopického ekzému	36
3.4.1 Význam psychologické pomoci.....	39
3.5 Přehled současného stavu problematiky v oblasti výzkumu atopického ekzému	40
3.5.1 Shrnutí psychologických východisek pro empirické šetření.....	41
4. Empirická část	45
4.1 Cíl a popis výzkumu.....	45
4.2 Výzkumné předpoklady	46
4.3 Výběr a charakteristika použitých metod.....	47
4.3.1 Metody využití v kvantitativní části.....	47
4.3.2 Metody využití v kvalitativní části.....	48
4.4 Popis souboru respondentů	50
4.4.1 Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumu	50
4.4.2 Výzkumné podmínky, průběh výzkumu.....	51

4.5 Výsledky kvantitativního výzkumu	53
4.6 Kazuistiky	56
4.7 Shrnutí výsledků empirického šetření	66
5. Diskuze.....	72
6. Závěr	78
7. Použitá literatura	79

Úvod

Cílem diplomové práce je v rámci biopsychosociálního modelu vyzdvihnout psychosociální složku a poukázat na její význam na úrovni prevence, diagnostiky, intervence a léčby atopického ekzému.

Konkrétním úkolem je zvážit rozsah působení psychologických faktorů na onemocnění a vyjádřit, v jakých souvislostech a oblastech se tyto faktory vyskytují a jak mohou nemoc ovlivňovat. Záměrem je zvýšit povědomí o tomto onemocnění s přihlédnutím k psychologickým fenoménům. Touto prací bych také ráda zdůraznila důležitost mezioborové spolupráce s pediatry, dermatology, učiteli, rodiči.

Atopický ekzém často nezůstává onemocněním pouze pro daného jedince, bezprostředně působí na členy rodiny, na kontakty s druhými, psychický stav, životní styl i sebepojetí. V následujících kapitolách se snažím představit možnosti psychologické práce s tímto onemocněním. Empirická část si klade za cíl výzkumně poukázat na některé psychologické fenomény spojené s onemocněním atopického ekzému a tím prokázat jejich roli v procesu léčby.

První teoretickou část lze vnímat jako přehledovou, dotýká se rozličných psychologických oblastí spojených s danou problematikou. V této části bude pozornost věnována psychosomatickému pojetí atopického ekzému, deskripci relevantních psychologických jevů, které se k tématu vážou, s akcentem na vnitřní aspekty prožívání nemoci. Druhá empirická část se specificky orientuje na dětskou a adolescentní populaci. Popisuje projekt mapující možné depresivní symptomy, emoční vztahy v rodině a způsob výchovy. Tento kvantitativní výzkum čítající 45 probandů je dále doplněn o kvalitativní část. Ta sestává ze dvou kazuistik, které rozšiřují a zpřesňují kvantitativní práci, otevírají prostor pro individuální prožívání.

V práci nezmiňuji svou osobní zkušenost s tímto onemocněním, přesto bych ráda uvedla, že na charakteru textu se do určité míry podílela. Psychologické aspekty zde popsané proto nejsou pouhé teoretické fenomény, ale stojí rovněž na základu reálných prožitků.

1. Psychosomatický přístup jako možnost pohledu na atopický ekzém

Uplatnění psychosomatického přístupu k onemocnění poukazuje na širší perspektivu psychologických aspektů, které se k mnohým onemocněním vážou a nelze je oddělit od somatického problému. Z tohoto hlediska je možné tvrdit, že je tomu tak i v případě atopického ekzému. Obecně proto vnímám úvod do psychosomatického přístupu jako zásadní pro pochopení dané problematiky. Ukazuje na základní předpoklady uplatnění tohoto pohledu v somatickém onemocnění, jakým se atopický ekzém manifestuje.

Oblast psychosomatiky je velmi široká, specifika se odkrývají v jednotlivých onemocněních. Pro potřeby této práce se zde pokusím pouze krátce nastínit obecné psychosomatické pojetí a následně se více zaměřit na kožní onemocnění, jeho specifika a s ním spojené fenomény, které jsou dále spjaty s obsahem práce. Věřím, že takto uvedené obecné mantinely a přesné zařazení a vysvětlení je nezbytné. Z těchto důvodů je na začátku práce představeno psychosomatické hledisko, které dotváří komplexní obraz atopického ekzému.

1.1 Shrnutí psychosomatické orientace

Psychosomatické hledisko je možné vnímat jako vnitřně složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví i nemoci. Ústředním principem je multifaktorové chápání etiopatogeneze onemocnění se základem v systémovém přístupu. V užším pojetí se psychosomatika týká takových somatických chorob, u nichž mají psychosociální faktory výraznou úlohu jak v etiopatogenezi, průběhu, v diagnosticko-terapeutické činnosti, tak i v prevenci onemocnění (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993).

Pro psychosomatiku je typická pestrost výchozích metodologických principů a škol. Její definice proto není zcela sjednocená, zároveň je podmíněna mnohými koncepcemi (Pánková, 1985). Základní a nejdůležitější východiska vychází z psychoanalytického pojetí a teorie stresu.

S vývojem psychosomatiky jsou spjata rovněž jména klasických psychologů jako Freud, Adler, Reich, Kretschmer a další, psychosomatické uvažování bylo příznačné zejména pro německé myslitele. Psychosomatická onemocnění byla roku 1977 Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vyřazena z mezinárodní klasifikace nemocí s odůvodněním, že se psychické faktory podílejí na vzniku všech onemocnění (Komárek, 2015). Podle Komárka (2015) může být dělení na psychosomatické a nepychosomatické nemoci zavádějící, na druhou stranu některá onemocnění jsou více než jiná ovlivněna psychologickými faktory, proto se dnes znovu uvažuje o zavedení celostní medicíny psychosomatiky jako samostatné lékařské specializace.

Systematický psychosomatický výzkum vznikl v USA v Chicagu a mezi jeho zakladatele patří Dunbarová a Alexander (Faleide, Lian, & Faleide, 2010). Alexander, významná postava psychosomatiky a psychoanalytické koncepce vnímání, hovořil o multikauzální podmíněnosti onemocnění a vycházel zejména z intrapsychických konfliktů vznikajících v dětství, vyplývajících z různých forem závislých potřeb (Baštecký et al., 1993). Předmětem jeho zkoumání v chicagském výzkumném institutu bylo sedm tzv. klasických psychosomatických nemocí: revmatoidní artritida, bronchiální astma, esenciální hypertenze, duodenální peptický vřed, ulcerózní kolitida, tyreotoxikóza a neurodermatitida (atopický ekzém).

Dle této tradiční psychoanalytické teorie je pro pacienty s atopickým ekzémem společná silná touha po milujícím tělesném kontaktu a na druhé straně silná citlivost a strach z kontaktu. Popisovány jsou rovněž potíže s adekvátním vyjádřením zloby a konfliktního napětí. Pacienti se nedovedou vymezit vůči nárokům druhých, či se svým onemocněním brání před opakováním traumatické zkušenosti, že budou ve své snaze a touze po blízkosti opět odmítnuti (Tress, Krusse, & Ott, 2008).

Psychoanalytické hledisko ani v současné době není možné zcela vyloučit. Podobné koncepty jsou stále akceptovány a publikovány v odborných časopisech, např. *Dermatology Psychosomatics* aj. Nutno podotknout, že v současnosti již nehrají primární úlohu a nejsou nejsilnějším proudem, přesto není možné tento přístup opomíjet. A to jak v terapii, diagnostice, tak i prevenci (Koblenzer, 2005).

Je důležité zdůraznit, že zmíněné psychosociální faktory, které jsou zde obecně nastíněny, figurují často jako predisponující či rizikové faktory, nikoli pouze jako

příčiny onemocnění. Proto je možné tvrdit, že působit na tyto rizikové faktory má spíše preventivní než léčebný účinek (Baštecký et al., 1993).

Faleide et al. (2010) podávají další pohled na vnímání psychosomatického onemocnění. Zmiňují rozvoj psychoneuroimunologie, který zaznamenal v posledních dvaceti letech rychlý rozvoj. Lidské emoce, a to negativní i pozitivní, hrají podstatnou roli v balancování imunitního fungování. Výzkumy ukazují, že pesimismus, deprese a situační stres jsou úzce propojeny s imunitou (Sarafino, 2006).

Vliv stresu na činnost imunitního systému popisuje ve své práci také Kebza (2005). Dříve se vědci domnívali, že ovlivnění imunologického systému psychologickými faktory je téměř nemožné. Dnes už se běžně pracuje s konceptem, že některé druhy stresu, včetně psychosociálních stresorů, mohou způsobit změny imunitních reakcí. Zatímco krátkodobý akutní stresor vede principiálně ke zvýšení činnosti imunitního systému, v případě chronického stresu dochází k poklesu jeho činnosti (Kebza, 2005). Imunitní obranný systém těla může být ohrožen stresem různého původu, čímž se snižuje rezistence těla pro různé infekce a onemocnění. A opět platí, jsou-li u člověka predispozice k některým onemocněním, jistá míra stresu, vždy individuální, může toto onemocnění podnítit nebo ho zhoršit. Nelze nikdy zcela potvrdit, zda je rozhodující složka vrozená či získaná, podstatné je vnímat jejich vzájemnou interakci. Ta je nezbytná nejen pro pochopení fungování tohoto mechanismu, ale zejména pro vhodnou terapii, případně prevenci této choroby.

Terapeutické metody v základní psychosomatické péči zahrnují oblast verbální intervence, která si klade za cíl podněcovat introspekci pacienta, zprostředkovávat emocionálně nesené vhledy do psychosomatických souvislostí nemoci a upozorňovat na význam konfliktů, které mohou nemoc podněcovat. Druhou oblastí jsou nácvikové a sugestivní techniky, které zahrnují různé relaxační metody a hypnózu (Tress et al., 2008).

Výše uvedený popis psychosomatického přístupu může být vnímán jako zjednodušený a neúplný, přesto je možné tvrdit, že pro základní představu souvislosti psychosociálních faktorů se somatickou rovinou je pro tuto práci dostačující. Jak uvádí Faleide et al. (2010), teprve když bereme v potaz pohledy různých teorií na danou problematiku, je možno podat přesnější pohled na procesy, které vedou k psychosomatickým důsledkům. Dále shrnují, že je třeba být otevřený, aby bylo

možné porozumět, jak se vyvíjí zdraví i nemoc, a že jak geny, tak traumata, životní podmínky i sociální situace se vždy budou podílet na zdravotním stavu člověka.

1.2 Specifika psychosomatické orientace v dermatologii

V rámci tohoto pojetí by měl být důraz kladen na vytvoření bio-psycho-sociálního modelu dermatózy, neboli kožního onemocnění (Baštecký et al., 1993). Dle Bašteckého et al. (1993) bývá v této oblasti psychosomatický přístup mylně interpretován pouze jako začlenění psychogenního kauzálního faktoru do etiologie kožních chorob, či jako snaha o psychologizaci problému. Pánková (1985) nicméně již v 80. letech akcentuje takovou diagnostiku, léčbu a prevenci, která zahrnuje kromě hlediska somatického (biologického), rovněž aspekt psychologický a sociální.

Psychosomatické aspekty kožních onemocnění mají v odborné literatuře poměrně dlouhou tradici, a to od roku 1933, kdy Sack v Německu zavedl pojem psychosomatická dermatologie ve svém článku *Skin and Psyche* (Reitamo, Luger, & Steinhoff, 2008). Psychosomatika se poměrně brzy začala zajímat o působení vnějších faktorů na kůži a dále také na účinek změn kůže na sociální situace a vztahy (Morschitzky & Sator, 2007). Důvodem, proč pacienti s onemocněním kůže tolik trpí, je právě viditelnost onemocnění pro druhé osoby, kdy vedle projevů nemoci musí zpracovávat i reakce svého okolí (Tress et al., 2008).

České prostředí reprezentuje například Pánková (1985), která upozorňuje na nutnost vypracování léčebných postupů zahrnujících jak somatické, tak i psychické aspekty kožního onemocnění. Jako nezbytnou vnímá práci klinického psychologa, která spočívá v rozpracování metodologických východisek klinické psychologie v dermatologii, v psychodiagnostice a integraci psychologických poznatků s poznatky lékařskými v rámci léčebného postupu. Toto propojení však zatím v českém systému zdravotní péče stále není možné uplatňovat. Nicméně v roce 2004 byla Českou dermatologickou společností ČLS JEP ustanovena psychodermatologická sekce, která klade důraz na zlepšení dermatologické péče a kvalitu života kožních pacientů (Pánková & Kuklová, 2008).

V oblasti základní psychosomatické péče u kožních onemocnění se nejčastěji hovoří o atopickém ekzému (neurodermatitidě), kopřivce (urtikaria), lupénce (psoriáze),

akné (Tress et al., 2008). Mezi specifické dermatologické zátěže patří svědění pokožky a viditelná agravace ekzému (Reitamo et al., 2008).

Jako zajímavé a podnětné úkoly v dermatologické specifikaci psychosomatické péče je možné uvést nutnost podněcování pacientů k pozorování sebe samých a učení je citlivosti k časovým souvislostem mezi dermatologickými manifestacemi a možnými psychosociálními problémy, jak o nich hovoří autoři učebnice *Základní psychosomatická péče* (Tress et al., 2008). Ti také tvrdí, že pouhá otázka vztahující se k poslednímu zhoršení příznaků může vést k některým patogenním vzorcům.

Je však třeba, aby nebyly psychologické souvislosti u pacientů příliš akcentovány na úkor somatického obrazu nemoci, což by mohlo značit nepochopení a následnou nedůvěru pacienta k užitým postupům. Podle Tresse et al. (2008) to platí i v takových případech, kdy se zdají být psychoreaktivní spouštěče zcela evidentní. Pacient by však neměl vnímat tento koncept jako nesrozumitelný nebo pro něho cizí. Mohl by u pacienta vyvolat v krajní situaci až odpor. Dle tvrzení těchto autorů je výhodné, probíhá-li somatická léčba paralelně s psychologickou, psychoterapeutickou prací. Tak může být lépe nalezen vhodný okamžik pro zpracování psychosociálních spouštěčů.

2. Atopický ekzém

2.1 Kůže a její psychologický význam

Kůži (lat. *derma*) je možné popsat jako největší orgán lidského těla, který tvoří hranici mezi zevním a vnitřním prostředím (Baštecký et al., 1993). Jak již bylo uvedeno, jedná se o hraniční orgán, orgán kontaktu se svým okolím, dále smyslový orgán, který reaguje na životní prostředí a vytváří příznivý či nepříznivý dojem. Kůže chrání před nepříznivými vlivy vnějšího prostředí, vytváří množství enzymů a zabraňuje vysychání organismu. Významnou úlohu představuje kůže jako smyslový orgán. Díky ní je vnímán dotyk, tlak, teplo, chlad, vlhko, sucho, bolest. Právě bolest je značně propojena s pocitem svědění (pruritem) provázejícím mnohé kožní nemoci, významný je též u atopického ekzému. Jedná se o závažný kožní projev, který se může vyskytovat i samostatně a je vyvolán množstvím vnitřních i vnějších faktorů (Baštecký et al., 1993). Problematice pruritu bude věnována pozornost v samostatném oddíle, neboť pro atopický ekzém představuje zásadní symptom, považovaný za jeden z nejvíce negativně vnímaných a zatěžujících.

Kůže může prozrazovat stav našich vnitřních orgánů, dají se na ní rozpoznat i psychické procesy a reakce. Kůže bývá proto někdy nazývána projekční plochou (Dethlefsen & Dahlke, 1995). Krásná pokožka vždy měla vysokou hodnotu, vzhled díky kůži pomáhá ke společenskému uznání. Naopak různé onemocnění kůže může snižovat fyzickou atraktivitu a tím ohrožovat pocit vlastní hodnoty, dopad má na mezilidské vztahy. Pacienti s kožním onemocněním se mohou cítit méně přitažliví pro sebe i druhé, méněcenní, nebo si mohou myslet, že u druhých vzbuzují odpor a působí odpudivě (Tress et al., 2008).

Ráda bych zde představila specifika kůže, jak o nich hovoří Morschitzky a Sator (2007). Doufám, že pro utvoření si názoru na těžkosti spojené s onemocněním kůže bude následující shrnutí dostatečně ilustrativní a užitečné.

Kůži je možné považovat za orgán kontaktu, umožňuje komunikaci s ostatními lidmi díky tělesnému dotyku, má ústřední význam pro tělesný, emocionální a sociální vývoj dítěte. Mladistvým a dospělým přináší blízkost, která je základem dobrých partnerských vztahů. Díky tomu je kůže zdroj příjemných smyslových kvalit, přináší ale také mnoho nesnází, pokud s ní není něco v pořádku. Kůže je zprostředkovatelem

kontaktu, pro pozorovatele utváří první dojem, má přirozenou estetickou funkci. Tu pozorovatel vnímá jako krásnou, odpudivou, čistou, zarudlou, bledou atp. Make-up, kosmetický salón, podstoupení chirurgického zákroku, to vše má pomoci našemu působení na ostatní. Zkrášlování kůže také dokládá tetování, náušnice či jiné ozdobné předměty. Naopak jizvy a různé operace na kůži mohou podle Morschitzkyho a Satora (2007) zanechat jizvy na duši a silně negativně ovlivnit pocit vlastní hodnoty i míru sociální atraktivity. V neposlední řadě kůže funguje kůže jako expresivní, výrazový orgán zrcadlící vnitřní vjemy a pocity navenek. Dobře viditelné jsou emocionální reakce jako zčervenání, zblednutí, pocení, husí kůže, vlhké, chladné ruce. Někdy se o kůži hovoří jako o zrcadlu duše. Morschitzky a Sator dokonce tvrdí, že je to otevřená kniha, v níž může každý číst.

Psychologický význam kůže je nepopiratelný v každém období lidského života. Učebnice *Psychosomatická medicína* předkládá další možnosti, jak byla v průběhu času kůže popisována a vnímána. Osobnosti v této oblasti kůži například přirovnávali k malířskému plátnu, na kterém se projevuje psyché, dále jako vzorné cvičiště psychogenních jevů. Dle jiných autorů jsou například všechna kožní onemocnění do určité míry psychosomatická či somatopsychická. Spoluúčast emocionálních faktorů se dá pozorovat u nejméně 40% dermatologických pacientů (Baštecký et al., 1993). Tato čísla se v různých knihách a studiích mění, nicméně se vždy jedná o faktory, které se u tohoto onemocnění mohou vyskytovat, bez ohledu na procenta, která jsou jim přikládána.

Ve společnosti má krásná a čistá pleť vysokou hodnotu a dokonalá kůže znamená i vysokou sociální prestiž. Pociť vlastní hodnoty a dobrý dojem v dnešní době zvyšují drahé kosmetické přípravky a vůbec starostlivost o kůži a pleť. Podle kůže se také často odhaduje věk člověka. Naopak různé kožní choroby mohou vést až ke sníženému sebevědomí, úzkostlivosti a jiným problémům v sociálních kontaktech.

Z předcházejících odstavců by mělo být patrné, že stav kůže má určitý vliv na naše emocionální prožívání a obráceně, náš psychický stav může do určité míry působit na kvalitu kůže. Jakékoli kožní změny, odchylky od normy mohou znamenat velké obtíže v sociálních situacích, navazování vztahů atp.

Jak tvrdí někteří autoři, vycházející ze symbolických psychoanalytických přístupů, kůže nám může něco prozradit i o samotném člověku. Například, že pod citlivou kůží

se skrývá citlivý člověk, pot může vypovídat o strachu a nejistotě, zrudlá kůže prozrazuje vzrušení, stud atd. (Dethlefsen & Dahlke, 1995). Dethlefsen a Dahlke (1995) se nebojí interpretací a přidávají, že v případě alergií jde o problémy s agresivitou člověka. Autoři tvrdí, že bojujeme vždy proti tomu, čeho se bojíme, agrese je tak těsně spojená se strachem.

Morschitzky a Sator (2007) našli dokonce množství rčení a obrátů, které se týkají kůže a odkazují tím na stav jedince či jeho vlastnosti. Někdo může mít hroší kůži, může blednout závistí, nebo úlekem, červenat se rozpaky, studem nebo zlostí. Někdy člověk nemusí být ve své kůži, může vyletět z kůže. Něco se dá zažít na vlastní kůži, může se to dostat hluboko pod kůži a pak člověk musí jít s kůží na trh a snažit se vyváznout se zdravou kůží.

2.2 Atopický ekzém – povaha onemocnění

Přestože práce není svým zaměřením medicínskou prací, pro vzhled do problematiky je žádoucí popsat alespoň obecnou povahu onemocnění z lékařské perspektivy, protože z této sféry vychází. Následující popis bude proto mírně zjednodušen a zkrácen, tak, aby odpovídal základním znalostem potřebným k osvětlení daného tématu.

Atopický ekzém je chronické, recidivující, svědivé onemocnění, které se vyznačuje suchou kůží se zánětlivými reakcemi. Jedná se o nepřiměřenou reakci imunitního systému organismu na jinak neškodné podněty a látky z vnějšího prostředí. Současně je zde porušena bariérová funkce kůže. Hlavním symptomem je kromě suché kůže také úporné svědění, které nutí ke škrábání. Rozškrábaná kůže je pak typickým projevem atopického ekzému (Benáková, 2008).

Atopický ekzém se běžně definuje jako neinfekční zánětlivé kožní onemocnění, které obvykle začíná v dětském věku (Čapková, 2006). V angloamerických zemích se preferuje název atopická dermatitida, v Evropě, zejména v Německu a Švýcarsku, se užívá spíše pojmu atopický ekzém (Novotný, 2010). U nás je v běžném povědomí spíše užíváno pojmu ekzém, proto se ho budu držet i v této práci.

Pojem atopie se odvozuje od řeckého slova *atopos*, což znamená zvláštní nebo cizí. Termín atopický tak velmi dobře vystihuje abnormální, atypickou a často nečekanou reakci kůže na nejrůznější provokující faktory (Čapková, 2006).

Hlavním příznakem všech klasických forem atopického ekzému je záchvatovitý pruritus (svědění). Za nejčastější spouštěče jsou považovány inhalované alergenů ze zevního prostředí, suchost kůže, iritační taktilní podněty, mikroorganismy. Dále také potraviny, psychické změny (např. stres), horko a pocení, sezónní a klimatické změny, hormonální změny atd. (Čapková, 2006). Klinické projevy jsou velmi pestré a proměnlivé, liší se inter i intra individuálně, v závislosti na věku, stádiu, lokalizaci atd. (Benáková, 2013). Extrémně silné svědění, které nutí ke škrábání, je považováno za hlavní symptom a vůdčí příčinu dalších chorobných důsledků. Opakované záněty a časté škrábání vedou ke ztlustění a zhrubění kůže a napomáhají vzniku dalších infekcí (Morschitzky & Sator, 2007).

Atopický ekzém je chorobou s dědičnou predispozicí typu multifaktoriální dědičnosti. Asi dvě třetiny nemocných mají pozitivní rodinnou anamnézu (Štork, 2008). U atopického ekzému je snížený práh pro svědění, což vede ke škrábání, podráždění kůže a ke zhoršení ekzému a ještě úpornějšímu svědění. Štork (2008) shrnuje, že příčinou je složitá souhra vrozených, imunologických, biochemických, vaskulárních, psychologických a klimatických mechanismů. V rodinné anamnéze se obvykle nachází některé další alergické typy: astma, senná rýma, migréna, atopická dermatitida aj.

Genetická zátěž hraje důležitou roli v etiopatogenezi tohoto onemocnění. Má-li například jeden z rodičů atopickou anamnézu, je pravděpodobnost postižení potomků až 60%, pokud tuto anamnézu mají oba rodiče, je to pravděpodobnost až osmdesátiprocentní. U rodičů neatopiků je pravděpodobnost asi 10% (Novotný, 2010).

V medicíně se dlouhodobé zvládání atopického ekzému opírá o tři pilíře: dodržování režimových opatření, používání emoliencií (promašťovací masti a krémy) a včasná a správná léčba kortikoidy nebo lokálními imunomodulátory (Benáková, 2013). Mezi rizikové faktory patří velké množství různých vlivů, které se pohybují od zevního prostředí až po psychosomatiku. Tyto vlivy však bývají pacienti podceňovány. Vyplatí se je aktivně a opakovaně, někdy až detektivně vyhledávat a pokusit se jim vyhybat.

Prevence je totiž zcela jistě polovinou úspěchu, tvrdí Benáková (2013). Při zvládání hrají podstatnou roli vnitřní zdroje, osobnostní rysy i postoje jedince k onemocnění (Březáková, 1999).

Jak bylo řečeno, atopický ekzém je chronické onemocnění. V případě copingových strategií bývá u ekzematiků značně omezena schopnost kontroly nad nemocí a mnohem více jsou zapojovány pasivní strategie zvládání, jako kognitivní nebo behaviorální vytěsnění. Platí, že důvěra ve zvládnutí je úzce propojena se závažností onemocnění. Závažnější onemocnění je často vnímáno jako méně kontrolovatelné a predikovatelné než onemocnění, která jsou prožívána jako méně závažná (Kaptein & Weinman, 2004). Druhy copingových strategií, modely, teorie a jejich význam u různých onemocnění jsou zajímavým a podstatným tématem, přesto zde není prostor pro jejich bližší deskripci. Tomuto specifickému konceptu se důkladně věnuje aplikovaný obor psychologie zdraví.

Odbornice na atopický ekzém, lékařka Čapková (2006) vnímá v současnosti u tohoto onemocnění prokazatelně vzestupný trend, dochází k nárůstu počtu pacientů v ordinacích dermatologů, alergologů a praktických lékařů. Benáková (2013) doplňuje, že četné projevy vedou u pacientů k poruchám spánku z důvodu silného svědění a škrábání a dalším psychosomatickým důsledkům. Mezi ty patří obecně snížení kvality života, riziko systémových alergických chorob vedoucí až k vývoji autoimunity.

Obecně jsou ekzémy nejčastější kožní chorobou a celosvětově představují 20% všech nových pacientů v ordinacích u dermatologů (Štork, 2008). Dle Štorka et al. (2008) se v průmyslových zemích výskyt atopického ekzému zvýšil za posledních 30 let až trojnásobně. Jiní autoři, např. Levenson (2005), hovoří o zvýšení prevalence o více než 10% za poslední dekádu, a to zejména díky většímu výskytu rizikových faktorů, jako je znečištění ovzduší, městský způsob života, potravinová aditiva, či zvýšení rodičovských obav. Různé publikace ukazují na různé prevalence, obecně však platí, že výskyt atopického ve vyspělých zemích je poměrně vysoký a dále roste. Podle Benákové (2013) je až 60-80% ekzému na rukou atopického původu. Obecně dnes atopický ekzém postihuje více než 13% dětské populace, s věkem se ale počty nemocných snižují. Zhruba 20% všech nemocných dále trpí kožními obtížemi i v pubertě. V dospělosti atopický ekzém postihuje 2-3% obyvatelstva, jejich příznaky

mohou být minimální, někdy ale naopak tak silné, že pokrývají celý povrch těla (Novotný, 2010).

Onemocnění se dělí na tři období – kojenecké, dětské, období dospělých. Nemocný může projít všemi stádii, kterékoli období však může chybět, vzniká tak řada možností průběhu (Baštecký et al., 1993). V případě postižení převládá obecně lehce ženské pohlaví, v dětském věku a u kojenců se však častěji týká chlapců.

Dětská forma atopického ekzému časově spadá do předškolního a školního věku dítěte. Projevy se často přesouvají z obličeje do loketních a podkolenních jamek, na krk, zápěstí, ruce. Kůže může být hrubá, drsná, s četnými oděrkami po škrábání (Štork, 2008). U atopického ekzému u dospívajících dochází k častým novým vzplanutím díky vlivu hormonálních změn. Novotný (2010) hovoří i o nervové labilitě. U dívek se mohou projevy zhoršovat v době menstruace. Ve většině jsou postiženy zejména dívky, častá místa jsou v oblasti obličeje a šíje, což je pro dospívající a jejich sebevědomí velmi nepříjemné. Pacienti jsou často nervózní, vyčerpaní, posmutnělí, náladoví, a tím trpí i jejich tělesná a duševní výkonnost. Z toho důvodu často prožívají nervozitu i rodiče dětí.

Prognóza je velmi různá, někdy projevy přetrvávají až do dospělosti a středního věku (Novotný, 2010). V dospělém věku je atopický ekzém obvykle závažnější než v dětském věku, větší procento pacientů má těžší formu (intenzitou, rozsahem, průběhem), výrazněji je také postižena kvalita života. Avšak období 40-50 let znamená snížení intenzity onemocnění a jeho úpornost slábne. Přestože však aktivní projevy ustoupí, suchost kůže s různými projevy je pak již celoživotní (Benáková, 2013).

Tradiční terapie atopického ekzému se obvykle rozděluje na zevní a vnitřní. V prvním případě jde o lokální léčbu, která zahrnuje různé masti, krémy a koupele. Promazávání kůže je u atopického ekzému činností zcela zásadní, je téměř nemožné ho léčit bez motivovaného pacienta, který nedodrží zásady správného ošetřování kůže. Vnitřní terapie zahrnuje imunosupresivní léky, antibiotika, vitaminy. Záleží vždy na stavu kůže, zda je potřeba zařadit i léky pro vnitřní terapii, ve vážnějších stavech je možné nařídit i hospitalizaci. Další možností je dále fyzikální terapie, která využívá přírodní prvky jako slunění, fototerapii, ozařování.

Pro ucelený pohled má zde smysl zmínit i léčbu alternativní. Její efekt je však velmi individuální a výsledky jsou nejisté, protože na každého jedince může alternativní léčba působit jiným způsobem. Z tohoto druhu léčby je možné zmínit například homeopatii, fytoterapii, aromaterapii a další. Mezi alternativní léčbu řadí Novotný (2010) také psychoterapii a přisuzuje jí velký význam. Tvrdí, že již první návštěva u lékaře může na pacienta působit psychoterapeuticky. A tento efekt může být tím větší, čím větší je důvěra v lékaře, nebo v léky jím předepsané. Pokud však má pacient nedůvěru k lékaři či léčbě, je tomu spíše naopak.

Podle Komárka (2015) je paradoxní, že v dnešním postavení medicíny je mnohem snazší vyměnit srdeční chlopeň než si poradit s tvrdošlým ekzémem. Prognóza jednotlivce je zcela individuální, avšak při dodržování prevence může být v zásadě dobrá, navíc s přibývajícím věkem výskyt atopického ekzému v populaci klesá, tvrdí Benáková (2013).

Morschitzky a Sator (2007) konstatují, že až v 30 – 40 % případů působí na průběh onemocnění psychosociální faktory v samotném organismu, a to zejména v souvislosti se svěděním a škrábáním. Jiní autoři zdůrazňují působení psychických faktorů jako rozhodujících, avšak význam a poměr faktorů genetických, imunologických, alergologických a psychosomatických může být u různých pacientů zcela rozdílný (Tress et al., 2008). Štork (2008) rovněž potvrzuje, že ke zhoršování projevů vedou nejčastěji právě psychické stresy. Také hovoří o významu psychologické péče a v případě nutnosti také psychoterapie.

Významná psychoanalytická teorie, dle Alexandera, přisuzovala nemocným atopickým ekzémem potlačovanou agresivitu. Alexander interpretoval svědění a škrábání jako projev sebetrýznění a trestání sebe samého, nebo uspokojování masochistických pudů (Morschitzky & Sator, 2007).

Další časté psychoanalytické vysvětlení prezentuje atopický ekzém jako narušení vztahu mezi matkou a dítětem, k narušení dochází tím, že matka dítě odmítá (Morschitzky & Sator, 2007). Toto tvrzení je však pro současné pacienty často nepřijatelné, navíc a priori diskriminuje matku, která není příčinou kožních potíží dítěte. Na druhou stranu psychický stav nemocného může mít v některých případech blízko k agresivitě i trestání sebe samého. Také vztah s rodiči může být významným prediktorem dalšího průběhu nemoci, proto nejsou tato psychoanalytická tvrzení

zcela mimo obraz. Je však nutné s nimi nakládat velmi opatrně, nespolehat se na zjednodušené interpretace a hledat vždy individuální cestu pro práci s pacienty s tímto onemocněním. Zranění způsobená špatným výkladem nebo zjednodušenou interpretací mohou být pro pacienta projevem nepochopení následovaným ztrátou důvěry a neochotou dále toto onemocnění psychologicky řešit.

2.2.1 Projevy atopického ekzému u dětí a dospívajících

Pokud hovoříme o atopickém ekzému a zhoršení příznaků u dětí, děje se tak obvykle s nástupem puberty a u děvčat a žen v závislosti na menstruačním cyklu. Obvyklé je zhoršování příznaků v sychravém, vlhkém, chladném počasí na podzim či na jaře, nebo naopak v horkých letních dnech. Silný vliv na průběh ekzému, tvrdí Čapková, Špičák a Vosmík (2009), mají samozřejmě různé psychické vlivy, zejména stres. Každý neklid v okolí dítěte (nervové napětí, rozrušení, zátěž ve škole) se může nepříznivě odrazit na průběhu onemocnění. U dětských pacientů v období školní docházky přináší ekzém velké množství problémů. Dítě se často vlivem úporného svědění nedokáže plně soustředit na práci v hodině a výsledkem může být zdání vyučujícího, že dítě nedává pozor. Někdy tak i u bystrého dítěte nemusí být samozřejmostí dobré školní výsledky. To může zvyšovat psychický stres, což vede k dalšímu zhoršování příznaků ekzému.

Novotný (2010) popisuje děti s atopickým ekzémem, kterým bude věnován prostor ve výzkumné části práce, jako neurotické, náladové, někdy melancholické. Mohou se projevovat agresivně, stávají se egoisty zneužívající výsad, které jim okolí poskytuje kvůli onemocnění. Novotný prohlašuje, že tyto děti mají dokonce vyšší inteligenční kvocient.

Pacienti s ekzémem jsou často mrzutí, nevyspalí, nepříjemní a někdy až agresivní. Zejména u dětí je proto, podle dermatoložky a autorky publikace *Ekzémy a dermatitidy* Benákové, důležitý citlivý a chápající přístup, zejména ze strany rodičů, učitelů. Podle věku a vnímavosti dítěte je dobré mu situaci vhodně vysvětlit, ukázat, jak má o kůži sám pečovat (Benáková, 2013).

Benáková (2013) dále připomíná, že je vhodné chovat se k dítěti přirozeně, udělat si na něj čas, přistupovat k němu vlídně a laskavě, povzbuzovat ho. Upozorňuje, že

pozornost je třeba nijak nepřehánět, dítě nerozmazlovat, jinak by mohlo dojít k nezdravé fixaci na chorobu, pocitům méněcennosti nebo dokonce ke zneužívání nemoci k citovému vydírání svého okolí. Tyto rady a připomínky jsou sice určeny především pro lékaře, jsou však naprostým základem pro psychologickou práci, což zde není nutné dále rozvádět. Nakonec Benáková upozorňuje na zásadu vyrovnaného životního režimu, dostatečnou tělesnou i duševní relaxaci včetně spánku, v rovnováze s tělesnou a duševní aktivitou. Dále doporučuje lékařům neodkládat delegování psychologické pomoci v případech, kdy existuje podezření na působení psychických faktorů na průběh onemocnění.

Jako nejvíce zátěžové bývá období puberty, kdy si děti své kožní onemocnění začínají více uvědomovat, jsou zvýšeně kritičtí ke svému vzhledu. Vhodné je s nimi o jejich starostech hovořit, aby dovedly lépe porozumět svému stavu, zvládaly lépe krizové situace, které přináší psychické i fyzické změny v období dospívání (Čapková et al., 2009). Čapková (2009) tvrdí, že v době školní docházky je úzká spolupráce rodičů dítěte s atopickým ekzémem nezbytná. Jak již bylo uvedeno, dítě se svědivým ekzémem se může hůře soustředit na vyučování a studium mohou komplikovat i častější absence pro zhoršení příznaků ekzému. Čínská studie z roku 2008 ukazuje, že atopický ekzém je problémový u dětí ve věku 5-16 let hlavně z důvodu pruritu a narušeného spánku, spíše než kvůli interpersonálním problémům. Problémy související s výběrem vhodného oblečení jsou více vnímány dívkami, u menších dětí je jako nejhorší prožíván pruritus a noční narušení spánku (Hon et al., 2008).

2.3 Pruritus jako nejvýznamnější symptom atopického ekzému

Pruritus je definován jako nepříjemný pocit, který provokuje touhu ke škrábání. Je to jedno z významných diagnostických kritérií atopického ekzému (Reitamo et al., 2008). Mezi psychologické spouštěče, které agravují pruritus u atopického ekzému, patří zejména stres, úzkost, únava či další faktory, které jsou velmi dobře popsány v mnoha experimentech a odborných pracích.

Obvykle i více než 80% pacientů s atopickým ekzémem potvrzuje, že v důsledku emočního stresu dochází k agravaci pruritu, tato tvrzení se shodují s výsledky psychofyziologických studií. Pro zvládání svědění je nejprve důležité

identifikovat a následně eliminovat individuální spouštěcí faktory, což by mělo být základním a prvotním cílem. U někoho se může jednat o stres, kořeněná jídla, alkohol atp. (Reitamo et al., 2008).

Původně pruritus sloužil jako obranný mechanismus, obdobně jako jiné kožní pocity – bolest, dotek, vibrace, teplo, chlad. Pomáhal chránit kůži proti škodlivým vnějším vlivům, parazitům, rostlinám. Obecně je to jeden z nejčastějších nepříjemně vnímaných pocitů na kůži, v jeho dnešní negativní podobě se stále hledají možnosti farmakologické i nefarmakologické povahy k jeho zvládnutí (Jašková & Taraba, 2009).

Pruritus je znepokojivý, rozčilující a dramatický symptom, a to jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Vyskytuje se i tehdy, když člověk prožívá některé afekty, například hněv, vztek, vzdor, strach (Danzer, 2001).

Je možné říci, že je základním faktorem podporujícím onemocnění atopického ekzému. Na krátkou chvíli sice poškrábání svědivého místa přináší úlevu, protože překrývá svědění silnějším podnětem, avšak poranění kůže, která díky tomu vznikají, dále snižují práh svědivosti. Další svědění je proto zákonitě ještě silnější a postižený se ho snaží zbavit urputnějším škrábáním a drbáním, z čehož vzniká bludný kruh (Morschitzky & Sator, 2007). Vznikají další záněty, poškození a zhrubnutí kůže, což zvyšuje společenskou nápadnost. A to zatím nejsou do procesu zařazeny žádné další psychologické faktory, které situaci mohou dále zhoršovat. Škrábání může být vyvoláno právě napjatou sociální situací, rozčilením, nudou, zlostí, napětím, stresem atd. Často však dochází i ke škrábání ve spánku, což může být projevem vnitřního emocionálního napětí, tvrdí Morschitzky a Sator (2007).

Často se pruritus definuje jako velmi obtěžující příznak, který může vadit pacientovi někdy i mnohem více než samotný ekzém. Benáková (2013) dokonce tvrdí, že je často vnímán hůře než chronická bolest. Pruritus působí na volná nervová zakončení, což může vyvolat pocity podobné bolesti (Simpson, 2009). Svědění pravděpodobně zprostředkovávají shodná vlákna jako u bolesti, protože silné až bolestivé škrábání kůže samotný pruritus zmírňuje. Svědění je dále podmíněno vazodilatací v kůži a uvolněními biochemickými mediátory, např. histaminem (Baštecký et al., 1993). Obecně se pruritus zhoršuje, pokud je mu věnována pozornost, při subjektivním pocitu ztráty kontroly, při psychické zátěži, nervozitě a emocionálních rozladách

(Morschitzky & Sator, 2007). Jak dále podotýká Benáková (2013), silný pruritus může vést k emocionální labilitě, popudlivosti, depresím, úzkosti, nespavosti, což jsou důležité a relevantní fenomény, kterým bude věnována samostatná kapitola.

Vliv stresu a úzkosti na projevy pruritu je dnes již prokázán (např. Schut et al., 2015). Pro lepší pochopení stresové reakce by bylo jistě vhodné nastínit její průběh, vysvětlit stresovou adaptační reakci jako odpověď na stresor. Toto téma je však v odborné literatuře velmi dobře popsáno, proto se ve své práci budu věnovat pouze důsledkům této reakce. Pro tuto práci zásadní je v důsledku stresu zvyšující se pruritus, díky němuž dochází ke zhoršení ekzematických projevů. Z toho vyplývá další zhoršení stavu kůže, větší stres, který vede k dalšímu svědění, a tím se situace zacyklí. Vnímání pruritu je zesíleno zhoršeným psychickým stavem, který se dále zhoršuje špatným stavem kůže. Takový mechanismus může trvat velmi dlouho. K přerušení většinou dochází za takových okolností, kdy se změní podmínky v psychickém nebo tělesném stavu. Často až v případě nasazení farmakologické léčby, zaměřené na ekzematické projevy, dochází ke zlepšení psychického stavu, zmírňuje se stres a ustupuje úzkost. Opačně, tedy působením na oblast psychickou, není situace, dle mého názoru, tak jednoznačná. Subjektivně a neodborně je možné tvrdit, že pohoda v oblasti psychosociální vede ke zmírnění projevů ekzému, výzkumníci v této oblasti jsou však zdrženliví. Ukazuje se spíše, že zlepšení psychického stavu napomáhá k lepšímu zvládnutí nemoci, zvyšuje se kvalita života, v projevech onemocnění se však neukazuje zřejmý kauzální efekt. Přes tyto pochybnosti psychologická perspektiva hraje v tomto onemocnění podstatnou roli a je klíčem k jejímu úspěšnému zvládnutí.

Například poměrně nová polská studie (Chrostowska-Plak, Reich, & Szepietowski, 2013) s 89 atopickými pacienty poukazuje na vztah mezi pruritem a psychickým stavem, konkrétně se jednalo o spojení depresivity a kvality života. Intenzita pruritu pozitivně korelovala s depresivními symptomy a sníženou kvalitou života.

Cyklus svědění a škrábání (*itch-scratch circle*) je často pacienty vnímán jako ztráta kontroly, která je spojena se silnými pocity viny (Reitamo et al., 2008). Tyto pocity dále zhoršují psychický stav, který vede k ještě urputnějšímu svědění a nepříjemným pocitům. Viditelné kožní změny mohou způsobovat stigma, které se projevuje negativním sebepojetím a vyhýbáním se sociálním kontaktům, čímž pacienti redukuje pocity úzkosti z možné stigmatizace sociálního okolí.

V americké studii z roku 2004 vypovědělo 12 z 23 rodičů a 3 z 6 expertů, že se ostatní děti i dospělí vyhýbají kontaktu s dětmi s atopickým ekzémem z obavy nákazy. Rodiče těchto dětí někdy sami přidávají větu – „Jestli se nepřestaneš škrábat, nikdo si s tebou nebude chtít hrát.“ (Chamlin, Frieden, Williams, & Chren, 2004).

Chen (2012) ve svém článku *Pruritus* popisuje některé položky z dotazníku *Short Form Itch Questionnaire*, které jsou spojené s negativním prožíváním atopického ekzému. S pruritem a atopickým ekzémem se nejvíce pojí denní svědění, narušený spánek. Dalšími oblastmi, které jsou v rámci pruritu hodnoceny vysoko, jsou pocity nepříjemnosti, znepokojení, nesnesitelnosti, problémy s koncentrací, nervozita nebo agitovanost. Takto vysoce hodnocené a popisované položky jasně ukazují na silně negativní prožívání. Není, myslím, příliš obtížné představit si, že popsány stavy mohou při své chronicitě přejít až do depresivity či úzkostnosti. Jiný dotazník (*Itch Severity Scale*) se v souvislosti s pruritem zaměřuje také na změnu nálady, ovlivnění sexuálního života, užívání zklidňujících léků na spaní v případě nočního svědění a škrábání a na mnohé další (Chen, 2012).

Rodiče jsou často z dětského škrábání zmateni. Reakcí na toto škrábání mohou být nevhodné vzorce, které dále ještě umocňují úzkost dítěte a zvyšují svědění (Gil & Sampson, 1989). Zákaz škrábání má často formu příkazu, kritiky a dítěti nepomáhá, přestože ze strany rodičů je to pochopitelný pokus, jak zastavit škrábání. Mnohem lepší je takové chování ignorovat a pokusit se přesunout pozornost od škrábání k jiným podnětům (Allen & Harris, 1966). Avšak běžnou reakcí je zaměřit pozornost právě na škrábání a na snahu o jeho aktivní eliminaci, slovní i fyzickou (Gil et al., 1988). Jak je vidět, výzkumná pozornost k těmto fenoménům je poměrně starou záležitostí, přesto je stále aktuální a je nanejvýš důležité edukovat rodiny ke správnému přístupu k pruritu.

3. Psychologické aspekty spojené s projevy atopického ekzému

3.1 Deskripce psychologických faktorů

Přístup k léčbě atopického ekzému s důrazem na psychologické faktory se do dnešní doby na našem území v mnohém neposunul. Důležitost zařazení tohoto vnímání do lékařské praxe je nesporná, existuje v povědomí lékařů, pacientů, laiků, prakticky se ale s tímto konceptem příliš nepracuje. Úkolem práce je mimo jiné poukázat na možné nedostatky v tomto směru a apelovat na odborníky, kteří by se mohli v této oblasti uplatnit.

Již Pánková ve své disertační práci z roku 1985 hovořila o psychických faktorech v patogenezi a průběhu dermatóz. Tvrdila, že pro jejich rozbor, klasifikaci a praktickou aplikaci je výchozím předpokladem mezioborová spolupráce dermatologa s psychologem a psychiatrem. Spolupráce by měla dle autorky spočívat v psychosomatické diagnostice a v doplnění dermatologické léčby cílenou a účelnou psychoterapií.

Obecně mohou psychologické faktory kožní onemocnění vyvolávat, udržovat, zhoršovat, ale také zlepšovat. Významnou roli hraje samozřejmě stres, kritické životní události, chronické zátěžové faktory a samozřejmě faktory geneticky zakódované (Morschitzky & Sator, 2007). Psychosociální faktory jsou navíc u každého onemocnění ve složité interakci s dalšími (Březáková, 1999).

Pro jedince s atopickým ekzémem je důležité si uvědomit tzv. vyvolávající situaci. Znamená to snažit se porozumět situaci, kdy a jak mohlo dojít ke střetu jedince s etiologickým agens, kdy se měnil průběh onemocnění na klinicky manifestní, a to v kontextu situačním i dynamickém (Baštecký et al., 1993).

Jak již bylo zmíněno, s atopickým ekzémem se často pojí různé psychologické fenomény, zejména emoce jako zlost, úzkost, rozlada až deprese. Vzájemný vztah mezi těmito psychosociálními faktory a atopickým onemocněním je potvrzován v mnoha studiích. Za všechny bych zmínila metaanalýzu ze 43 studií z roku 2008, která rovněž toto tvrzení podporuje (Chida, Hamer, & Steptoe, 2008).

Ovlivnění psychologickou složkou bývá různými autory, výzkumníky a vědci interpretováno různě. Role emocionálních faktorů se může dle různých zdrojů

pohybovat od 40% do 80% (Reitamo et al., 2008). Je podstatné, že nikde není tento fakt popírán, a proto je atopický ekzém správně řazen mezi onemocnění, kde mají psychologické faktory podstatnou úlohu. Jiráková (2012) ve své práci hovoří o 30% až 60% kožních pacientů, u kterých se vyskytují různé psychosociální obtíže, poruchy chování a nízká kvalita života. To souvisí s prožíváním nemoci, s emocemi spojenými s kožními změnami. Jak již bylo popisováno v kapitole o psychologickém významu kůže, tento orgán má řadu důležitých konotací, jejich narušení může významně ovlivnit psychický stav jedince.

Mezi nejvíce zkoumané psychologické faktory patří úzkost a depresivita (Reitamo et al., 2008). Tyto dva fenomény byly již potvrzeny dle DSM-IV u dospělých pacientů s atopickým ekzémem, a to v souvislosti s poruchami spánku, které se díky silnému pruritu mohou objevit (Slattery et al., 2011). Přehledový článek Kimyai-Asadiho a Usmana (2001) poukazuje na stres jako ve výzkumech nejvíce zmiňovaný faktor agravující symptomy atopického ekzému. Psychický stres může vyvolat silnou imunologickou reakci a, jak tvrdí ve své knize Morschitzky a Sator (2007), podle výzkumů z poslední doby vede silná a trvalá zátěž k poruše imunitních buněk kůže, které pak vylučují zvýšené množství zánětových látek. Stres může vést k narušení správné regulace imunitního systému kůže, které dále vede ke špatnému hojení všech kožních projevů.

K psychologickým faktorům je možné řadit životní události spojené se stresem, které mohou rovněž zhoršovat příznaky ekzému. Japonský výzkum uskutečněný po tamním zemětřesení v roce 1995 zjistil rozsáhlé zhoršení ekzému u pacientů po této katastrofické události (Kodama et al., 1999).

Dalším významným psychologickým aspektem spojeným s atopickým ekzémem může být hněv. Jak ukazují některé studie (např. Ginsburg, Prystowsky, Kornfeld, & Wolland, 1993; White, Horne, & Varigos, 1990), dospělí pacienti s atopickým ekzémem jsou více úzkostní a neumí pracovat se zvládáním hněvu a zlosti v interpersonálních situacích, jsou méně asertivní, než je tomu u kontrolní skupiny.

Danzer (2001) přidává další psychologické charakteristiky vycházející z psychoanalýzy, jako například duševní napětí, přebujelou fantazii, nedostatek vůle s chybějící silou prosadit se, nedostatečnou komunikaci, citlivostní neurózu, která vypovídá o svědění ovlivněném neurotickou reakcí.

Z hlediska určitých osobnostních rysů specifických pro atopii různí autoři popisují tendence ke stresu a úzkosti, což může vést ke zranitelnosti a náchylnosti ke kožním chorobám a zhoršování symptomů (Buske-Kirschbaum, Geiben, & Hellhammer, 2001). Nelze však hovořit o typické osobnosti, jako spíše o některých rysech, které mohou souviset s tímto onemocněním. Dále není jasné, zda atopický ekzém vyskytující se již od narození dítěte, neformuje jeho osobnost právě tímto směrem.

Z některých starších výzkumů, jak o nich hovoří ve svém shrnujícím článku Buske-Kirschbaum et al. (2001), vyplývají takové rysy, jako je neuroticismus, hypersenzitivita, tenze, labilita, rigidita aj. Tvrdí také, že výsledky spojení určité osobnosti a atopického ekzému nejsou zcela prokazatelné. Osobně si myslím, že znalost osobnostních rysů je zde spíše teoretickým konceptem a nemá praktické využití v práci s reálnými klienty. Je vhodné diagnostiku osobnosti zařadit, pokud chceme s klientem dále pracovat. Znalost některých osobnostních rysů může být užitečným vodítkem k navázání kontaktu a zlepšení přístupu a péče.

Pánková a Kuklová (2008) ve své přehledové studii konstatují, že viditelné kožní projevy mohou ovlivňovat představy o vlastním těle, jejich sebehodnocení, sociální kontakty i chování. Subjektivní hodnocení a prožívání vlastního stavu nicméně nemusí vždy korespondovat se závažností kožních projevů. Proto i pacienti s malým klinickým nálezem mohou být svou nemocí velmi stresováni, zatímco jiní s bouřlivými příznaky dopad kožní choroby negativně prožívají (Chren, 2012). Výsledky britské studie zdůrazňují, že pacientovo přesvědčení a emocionální reakce jsou silně propojeny s tím, jaký význam přikládá své nemoci, a naopak spíše nesouvisí s objektivní závažností ekzematických projevů (Wittkowski, Richards, Griffiths, & Main, 2007).

Je třeba poznamenat, že z psychologické perspektivy řešení tématu atopického ekzému psychická zátěž, intrapsychický konflikt, ani stresové situace samy nevedou ke vzplanutí somatické choroby. Vždy nasedají na již vrozenou predispozici, genetickou zátěž. Rozvoj problémů v psychické oblasti člověka může vyvstat až jako důsledek somatických obtíží. Ke stejné nemoci se navíc nemocní mohou dostávat různými cestami, rozhodující může být psychický stav, vnější sociální podmínky atp. V každém případě jsou psychologické aspekty oblastí neoddiskutovatelně spjatou s kožními onemocněními a v mnoha případech hrají důležitou úlohu v terapii a léčbě somatické choroby.

3.1.1 Specifické psychologické aspekty u dětí a dospívajících

Jiráková (2012) hovoří o specifickém psychologickém profilu dětí s atopickým ekzémem, kde hlavními aspekty mohou být úzkost, deprese, emoční vzrušivost, pasivita, závislost, ustrašenost, obtíže se spánkem.

U dětí s atopickým ekzémem se mohou vyskytnout problémy s citovým životem i chováním. Z optiky rodičů je zřejmé, že si onemocnění u dítěte nárokuje velké množství námahy i času. Někdy se však rodiče mohou dopouštět i významných chyb, které plynou z nadměrného soustředění se na léčbu a nemusí věnovat pozornost ostatním dětským potřebám (Zaciosová, 2006). Psychická tenze rodičů a obavy o zdraví dítěte mohou dokonce být samostatným faktorem zhoršování atopického ekzému. Omezení a zákazy mohou deformovat základní projevy dítěte (Jiráková, 2012).

Díky pečlivosti některých rodičů ve snaze o dokonalou péči o kůži se někdy zapomíná na přirozené projevy lásky, které mohou být nahrazovány léčebnými úkony, tvrdí Zaciosová (2006). U dětí se mohou projevovat různé negativní emoce, například hněv, zlost, hořkost vůči nemoci. Adolescenti mají často velmi negativní pocity spojené s nemocí, nepřátelsky se staví také k rodičům a jejich zvýšené péči, podobně se staví i k lékařům a dodržování léčebných postupů. V tomto období bývá také compliance (ochota spolupracovat) velmi problematická.

Jak dále tvrdí Zaciosová (2006), chronicky nemocné dítě, dítě s atopickým ekzémem, chápe svou nemoc jako odchylku od normy. Odlišnost může být vnímána jako motivace k léčbě, mnohem častěji ale vede k bezmoci a beznaději, dochází k velkému dopadu na sebepojetí dítěte. S tím bývají spojeny i různé problémy v sociální oblasti, mohou se týkat školy, kontakty s učiteli, spolužáky, kamarády. Podle Zaciosové se vrstevníci mohou obávat onoho „nenormálního“ a neznámého, proto se ekzematikovi vyhýbají a nemocné dítě se dostává i do určité sociální izolace, která může vyvolávat osamělost a další negativní pocity.

Děti a dospívající mohou být chronickým onemocněním ovlivněny v dalším vývoji. Škrábání často předchází špatnému spánku, snížené pozornosti, ta může zhoršovat školní prospěch. Změna fyzického vzhledu vede ke změnám vnímání sebe samého a sníženému sebeuvědomění (Reitamo et al., 2008). Někteří výzkumníci nenacházejí žádné rozdíly u školních dětí s atopickým ekzémem, jiní, např. Absolon, Cottrell,

Eldrige, & Glover (1997), našli psychologicky nápadné chování dvakrát častěji u dětí s atopickým ekzémem než v případech dětí z kontrolní skupiny či u dětí s malými příznaky tohoto onemocnění. Nápadné chování je ve výzkumech opakovaně reportováno. Příkladem mohou být zvýšené hodnoty pro neuroticismus, úzkost, depresi, vzrušivost, neadekvátní zvládání stresu. Na druhou stranu, jak tvrdí autoři *Textbook of atopic dermatitis* (Reitamo et al., 2008), tyto skutečnosti je možné nalézt i u jiných psychosomaticky determinovaných onemocnění, nejsou tedy specifické pouze pro atopický ekzém. Jsou to však faktory, se kterými se dá pracovat, dají se diagnostikovat, případně jim lze do určité míry předcházet.

U adolescentů jsou významné následující vývojové úkoly – získat nezávislost od své rodiny, navazovat kontakty mimo domov (dospělí, kamarádi stejného i opačného pohlaví), vytvořit si realistický sebeobraz, sexuální zkušenosti (Weiner, Nezu, Nezu, & Geller, 2003) a mnohé další. Z těchto několika vývojových úkolů je však patrné, že všechny mohou být nějakým způsobem ovlivněny právě atopickým ekzémem a jiným chronickým kožním onemocněním. V krátkosti je možné ilustrovat a provést komentář k uvedeným vývojovým úkolům. Nezávislosti od rodiny se těžko dosahuje, pokud je dítě či adolescent silně závislý na péči rodiny (zájem o péči o pokožku) a samotné navazování kontaktů může být složité, pokud jsou změny viditelné i pro druhé lidi, případně často limitují kontakt s ostatními (zákaz bazénu, sauny atp.). Vytváření sebeobrazu je samozřejmě významně ovlivněno atraktivitou a viditelnou stránkou jako je pokožka. V neposlední řadě zájem o získávání sexuálních zkušeností může být potlačen úzkostí z blízkého kontaktu, kdy by mohly být viditelné nepříjemné kožní projevy. Myslím si proto, že tato významná vývojová etapa je vzhledem k tématu velmi citlivá, proto zasluhuje zvýšenou pozornost. Může dojít k výskytu úzkosti, stresu, deprese, k vyhýbání se sociálnímu kontaktu. Svou výzkumnou část práce jsem právě z tohoto důvodu zaměřila na věk školní docházky, respektive druhý stupeň ZŠ. Rovněž množství zahraničních výzkumů cílí právě na toto období.

3.2 Kvalita života pacientů s atopickým ekzémem

Kvalita života v dermatologii, resp. spojená s dermatologickým onemocněním, je dnes v zahraničí poměrně velké a akcentované téma. K tématu vychází poměrně velké množství článků i publikací. Jednou z nejnovějších je např. *Dermatologic Clinics – Quality of Life Issues in Dermatology* (Chen & Thiers, 2012). Hojně se objevují články s výsledky měření efektu terapie, důsledky nemoci, v menší míře se však zaměřují na individuální prospěch pacientů z léčby a konkrétní změny vnímání u pacienta. Soudobá výzkumná orientace se tak zaměřuje zejména na kvalitu života pacientů s kožním onemocněním, na dopady nemoci a změny, které to přináší.

Přestože kožní onemocnění primárně život neohrožují, velké množství z nich je chronických a nevyléčitelných, jsou spojeny se symptomy jako tělesný diskomfort i sociální stigma. Tyto fenomény se pak jednoznačně podepisují na kvalitě života postižených jedinců (Basra, Chowdhury, Smith, Freemantle, & Piguet, 2012). Ukazuje se proto, že v dnešní době má své opodstatnění pracovat s konceptem kvality života u pacientů s chronickým kožním onemocněním.

Podle profesorky Chen (2012) je hlavním cílem dermatologie zlepšit právě kvalitu života spojenou s kůží. Zabývat se tímto konceptem má velký smysl, protože objektivní posouzení symptomů lékařem nemusí korespondovat s posouzením stavu samotným pacientem, může se jednat i o protikladné závěry a tvrzení. Zařazení takto zaměřených dotazníků do ordinací dermatologů může pomoci v léčbě, k lepšímu pochopení pacienta.

Z výzkumů jasně vyplývá, že kvalita života pacientů s chronickým kožním onemocněním může být a také je snížena oproti kontrolní skupině, nebo oproti normám. Tyto výsledky není složité odhadnout. Vleklé kožní onemocnění, často se vyznačující úporným svěděním, působící na sociální kontakty a vztahy, představuje zátěž, která se může projevit na kvalitě života. Stává se dalším potvrzením potřeby zařazení psychologické a psychoterapeutické podpory vedle tradiční medicínské léčby.

Důležitost konceptu kvality života v posledních letech v medicíně stoupá a to ještě více v oblasti dermatologie, kde hraje kvalita života prvořadou roli oproti délce života (Kini & DeLong, 2012). Dotazníky mapující kvalitu života s kožním onemocněním se

nezaměřují pouze na symptomatiku spojenou s kůží, ale rovněž na funkční, psychologické, sociální a emocionální působení kožní choroby. Nejvíce využívanými nástroji ke zjišťování kvality života specifikované v dermatologii je *DSQL – Dermatology-Specific Quality of Life*, *DLQI – Dermatology Life Quality Index*, který byl vypracován již roku 1994 Finlayem a Khanem (1994). Zaměřuje se na rozličné oblasti lidského života – zaměstnání, škola, interpersonální vztahy, běžné aktivity, volný čas. Další nástroje se specializují na jednotlivá kožní onemocnění, například index pro onemocnění psoriázou, kvalita života s akné atd. Pro atopický ekzém je vytvořen dotazník *QoLIAD – Quality of Life Index for Atopic Dermatitis*. Ten sestává z 25 položek a je vyvinut pro pacienty v USA a Evropě. Výsledky z těchto dotazníků pak dávají objektivní pohled, jak působí kožní choroba na pacienta a jeho prožívání kvality života (Kini & DeLong, 2012). Výčet užívaných dotazníků není samozřejmě úplný, v zásadě však představuje dostatečný náhled do tématu. V českém prostředí a českém překladu jsou dostupné následující dotazníky – *Dermatologický index kvality života*, *Vliv atopického ekzému dítěte na členy jeho rodiny*, *Dermatologický index kvality života kojenců* a další (Jiráková, 2012).

3.2.1 Kvalita života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem

Výzkumná orientace na kvalitu života dětí a jejich rodin není zaměřena pouze na Evropu či Ameriku. Poměrně rozsáhlá studie ze Saudské Arábie dokládá na vzorku 447 dětí s průměrným věkem 5 let a jejich rodin podobné výsledky ukazující na sníženou kvalitu života způsobenou onemocněním (Al Shobaili, 2010).

Jak tvrdí Jiráková (2012), nemocné dítě v rodině znamená v podstatě nemocnou celou rodinu. Dalo by se říci, že je-li snížena kvalita života u dětských pacientů s atopickým ekzémem, je zde předpoklad, že bude tato kvalita narušena i u členů rodiny, zejména rodičů. To se potvrdilo i v rozsáhlé české studii doktorky Jirákové, která zkoumala dětské pacienty do 18 let a jejich rodiče. Sběr dotazníků probíhal bezmála 3 roky a studie se zúčastnilo celkem 636 dětí, z nichž polovina tvořila kontrolní skupinu s diagnózou pigmentových névů. Byl zde nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami, který umožnil potvrdit předpoklad o snížené kvalitě života dětí i jejich rodin. Kvalita života byla snížena ve všech třech věkových skupinách (0-6 let, 6-12 let, 13-18 let), přičemž skóre postižení narůstalo s věkem pacienta. Analýza

nicméně neprokázala statisticky významný rozdíl v pohlaví na hodnoty skóre kvality života. Z hlediska genderu nebyl nalezen signifikantní rozdíl ani mezi matkami a otci ve výsledcích vlivu na kvalitu života, což potvrzují i jiné zahraniční studie (Chernyshov, 2009). Mírné odlišnosti vznikaly pouze v důsledku věku, obecně byly nejvíce skórovány otázky na „svědění a škrábání“, bez rozdílu věku, u mladších dětí se negativní dopad promítal do problémů se spánkem a koupáním, u starších zejména do koníčků, her a vztahů. Tato zjištění o celkově snížené kvalitě života odpovídají i dalším zahraničním studiím a výzkumům. V Česku je zatím práce doktorky Jirákové (2012) zcela unikátní.

3.3 Atopický ekzém u dětí a jeho působení v rodinném systému

Je možné říci, že sociální opora byla obecně jedním z prvních faktorů, které se identifikovaly jako faktory mající vliv v nepříznivých životních událostech na psychickou pohodu a zdraví člověka (Kebza, 2005). Jako základní zdroj sociální opory vnímám, v závislosti k výzkumnému tématu práce, právě rodinu.

Jak již bylo řečeno výše, význam rodiny v procesu nemoci jedince je nepochybný. Přesto však při otázkách na rodinu dochází k nepochopení a odporu, a to tím víc, čím je toto hledisko v nemoci promítnuto (Baštecký et al., 1993). Bohužel pacienti mylně vnímají oblasti spojené s nemocí jako irelevantní a s onemocněním nijak nesouvisející. Je snaha tuto skutečnost doložit psychologickou teorií i vlastní výzkumnou zkušeností.

Pokud onemocní atopickým ekzémem dítě, může se u rodičů objevit úzkost, nejistota, bezmoc ve vztahu k dítěti, které trpí. Takové emoce mohou ovlivnit též chování k dítěti (Howlett, 1999). Může se objevit nadměrná protekce postiženého dítěte, konflikty mezi rodiči, které bývají utlumeny starostí a péčí o nemocné dítě. Psycholog si může všimnout změn v chování dítěte i toho, co se děje mezi rodiči (Faleide et al., 2010). Sami rodiče někdy pociťují vinu, nedostatečnou podporu od rodiny a přátel. Vyhybání se těmto interakcím s příbuznými a přáteli může rovněž znamenat touhu ochránit sebe a své děti od dalších stresorů (Chamlin et al., 2004).

Ze zkušenosti Zaciosové (2006) vyplývají také negativní pocity rodičů, které popisuje. Uvádí například pocity viny, strachu, depresi, stres. Podle ní jsou tyto pocity rodiči

často potlačovány, čímž se zvyšují, roste i únava celé rodiny. Často tím trpí manželství a vztah obou rodičů. Další zahraniční i čeští autoři vnímají značný dopad na rodinu nemocného, což se ukazuje zejména ve snížené kvalitě života dětí i jejich rodičů. Z mnohých studií již poměrně delší dobu vyplývá, že atopická dermatitida postihuje nejen nemocného, ale právě i celou jeho rodinu (Gil & Sampson, 1989).

Dítě či dospívající může hledat přirozenou cestu, jak se odpoutat od péče v rodinném prostředí, která pro něj může být zahlcující, ve snaze dodržování zdravotních pokynů (Jiráková, 2012). To bývá velmi nepříjemným momentem, dochází k nespokojenosti z obou stran. Psychický diskomfort rodiče může na dítě zásadně působit a tím následně zhoršovat projevy onemocnění, například pruritus (Daud, Garralda, & David, 1993). Jiráková (2012) popisuje, že nadměrnost rodičovských reakcí může posilovat škrábání u dětí.

S významem rodiny jsou spojené různé teorie, zaměřené především psychoanalyticky. V dnešní době však tyto, dle mého názoru, obecné a zjednodušující teze nemohou být dostačující. Mnohé z těchto myšlenek už byly výše představeny, další přináší například soudobí němečtí autoři. Nedostatečné vciťování se rodičů do potřeb a pocitů dítěte zatěžuje vývoj dítěte, protože zde dochází k častému zraňování vlastní hodnoty a sebeúcty, a tím ke zhoršování příznaků onemocnění (Tress et al., 2008). Avšak podobně jako se upustilo od myšlenky, že autismus spouští, tzv. „matky chladničky“, upustilo se od obecně přijímaného analytického výkladu atopického ekzému, jehož významným původcem je nedostatečná něha a hlazení ze strany matky. Výzkumně je často propojován rodičovský stres se silnými příznaky atopického ekzému, avšak nejsou důkazy, že by toto onemocnění primárně vedlo k narušení vztahu matka-dítě (Daud et al., 1993).

Některé studie na toto téma prezentují výsledky, ve kterých matky dětí s atopickým ekzémem popisují samy sebe jako více depresivní, zoufalé, úzkostné a přehnaně starostlivé. Ke svým dětem nepřistupují tak kladným emocionálním způsobem jako matky z kontrolní skupiny se zdravými dětmi (Reitamo et al., 2008). V některých výzkumech bývají matky charakterizovány jako méně spontánní, více kontrolující a méně emocionální než matky v kontrolním souboru. Ve výchově dětí jsou striktní, zatímco u otců je tento trend méně nápadný. Na druhé straně v tomto výzkumu Pauli-Potta, Darui a Beckmanna (1999) bylo popsáno pouze 14 rodin. Tyto výsledky se posléze nepodařilo replikovat a další vědci, například Absolon (Absolon et al., 1997),

nenalezli žádný signifikantní rozdíl v chování rodičů k dětem s atopickým ekzémem. Absolon s kolegy našel psychické obtíže u dětí se silným atopickým ekzémem spojené s mentálním stresem, matky však v porovnání s kontrolní skupinou neprožívaly vyšší hladinu stresu. Výzkum byl designován pro děti ve věku 5-15 let a zahrnoval 30 respondentů. Protože se výstupy některých experimentů značně různí, je zajímavou výzvou zabývat se tímto tématem.

V každém případě, jak zdůrazňuje Pánková (2014), je třeba rodičům i dětem věnovat plnou pozornost, navázat kontakt s pacientem a zařadit také psychosomatický rozhovor s rodiči dítěte.

3.4 Možnosti psychologické podpory v léčbě atopického ekzému

Využití psychologické pomoci v léčbě atopického ekzému má u tohoto onemocnění své opodstatnění. Z mnohých, již nastíněných, výzkumů jasně vyplývá, že psychologická práce může mít svůj smysl hned na několika úrovních, a to v oblasti prevence, diagnostiky, poradenství, intervence, léčby. Důležité je také poukázat na účelnost psychologického působení v rámci psychohygieny, a tím i zlepšení prognózy a vlastního nahlížení na nemoc.

Je zde možné zmínit několik primárních metod a technik – psychoedukaci, trénink zvládání náročných situací a stresu (stress management, copingové strategie), dále relaxační techniky (autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, dechová cvičení), také například práci s imaginacemi (představy ochlazování, hojení a uzdravování), změnu myšlenkových vzorců (v rámci KBT), nácvik řešení problémů, intervence v partnerské a rodinné sféře. Další možností jsou různé psychoterapeutické způsoby práce – skupinová psychoterapie, svépomocné skupiny, muzikoterapie, psychoterapie zaměřená na tělo, ergoterapie a další. Jiné strategie, v rámci kterých by mohly být rozvíjeny některé související psychologické fenomény, se týkají self-efficacy (vědomí vlastní účinnosti), tréninku self-managementu, sociální opory, optimismu, zvládání nemoci, redukce rizika progresu nemoci atd. (Morschitzky & Sator, 2007).

Morschitzky a Sator (2007) připomínají, že u léčby kožních onemocnění je na počátku nesmírně důležité zjistit, jaké pocity, zážitky, vzorce chování a jiné

okolnosti mohou kožní onemocnění pomoci vyvolat a které ho naopak zlepšují či zhoršují. Pochopení těchto mechanismů samotným pacientem je velmi důležitým prvkem psychologické pomoci. Teprve později dochází ke společnému hledání možných postupů a technik, které jsou zmíněny výše, ty však nejsou příliš specifické pouze pro tento typ onemocnění.

K dosažení lepšího pozorování sebe samého může být navrženo vedení deníku, kde si bude pacient zaznamenávat spouštějící mechanismy či zhoršování projevů. Je také možné poukázat na to, že u mnoha pacientů s ekzémy dochází ke zhoršení nebo spouštění projevů díky některým konfliktním vztahovým vzorcům. V každém případě je však nezbytné se klienta zeptat, zda to u sebe považuje za možné (Tress et al., 2008).

Některé postupy a metody z hlediska psychologické pomoci u atopického ekzému se mohou velmi podobat terapii bolesti. Jak bylo zmíněno v předcházejících kapitolách, nejvýznamnějším příznakem je pruritus, jež svou úporností ale i fyziologií úzce souvisí s bolestí a jejím prožíváním. Mezi některé terapie bolesti, které se dají využít i při práci s atopickým ekzémem, je možné zařadit právě behaviorální a kognitivní metody – relaxaci, vizualizaci, přerámování, hypnózu, akupunkturu atd. (Sarafino, 2006). V případě behaviorální terapie se využívají techniky zaměřené na trénink komunikace a pozornosti, zmírnění zlosti a vznětlivosti, dále také na uvolnění pomocí relaxačních technik (Danzer, 2001).

Psychologická pomoc, ať už preventivní, intervenční či terapeutická, by měla alespoň zpočátku cílit právě na přerušení cyklu svědění a škrábání. Z tohoto důvodu jsou, alespoň ze začátku, vhodné behaviorální techniky. Od toho se odvíjí další spolupráce směřující k lepšímu zvládnutí tohoto onemocnění. Rovněž z některých výzkumů vyplývá, že relaxace, změna návyků, kognitivně-behaviorální techniky zvládnutí stresu, jsou rozhodující v doplňkové dermatologické léčbě a mohou pomoci rychle redukovat úzkost a depresi (Ehlers, Stangier, & Gieler, 1995).

Vždy je však třeba volit takovou léčbu, která odpovídá aktuálním potřebám pacienta a je v souladu s pacientovým přesvědčením. Není tedy vždy nejdůležitější starat se o klientovu duševní pohodu, pokud dochází k velkému zhoršení příznaků, stejně tak nemusí být vhodné zaměřit se pouze na zmírnění příznaků. Měl by být brán zřetel na identifikaci aktuálního problému a pomoc by měla být specificky adresná.

V případech deprese, sociální izolace, problémů v práci atd. je vhodné pacientovi nabídnout další možnosti péče, například pomoc sociálního pracovníka, psychiatra atd. (Cranenburgh, Prinsen, Sprangers, Spuls, & de Korte, 2012).

Bylo by vhodné na tomto místě rovněž uvést jednotlivé psychoterapeutické metody a jejich konkrétní využitelnost u atopického ekzému. Není však možné v rámci této práce podrobně rozebírat tuto obsáhnou problematiku, možnosti různých psychoterapeutických technik a způsoby jejich práce. Přesto myslím, že je důležité se tomuto tématu věnovat a rozšířit praktickou oblast pomoci. Na tomto místě pouze apeluji na vyzdvižení a akcentování této pomoci v rámci medicínského přístupu a doufám, že jí v jiných odborných pracích bude věnováno větší množství pozornosti. Adekvátní léčba atopického ekzému by tak, dle mého názoru, měla obsahovat kromě medicínské léčby právě psychoterapeutické působení.

Další možnosti psychologické pomoci mohou představovat svépomocné skupiny pro rodiny, kde se objevuje diagnóza atopického ekzému. Dle brazilského výzkumu z roku 2008 mohou svépomocné skupiny rovněž pomoci zlepšit pruritus, případně zvýšit kvalitu života (Blessmann Weber et al., 2008).

Možnosti specificky zaměřené psychologické pomoci pro děti a dospívající nejsou v literatuře v souvislosti s tímto onemocněním popsány. Jiráková (2012) nicméně zmiňuje důležitost psychoterapie u dětí, konkrétně užití relaxačních, energetizačních technik, sugestivních a autosugestivních technik, které mají posílit sebedůvěru a pevnou osobnostní pozici v rodině a mezi vrstevníky. Dle Jirákové by se měly tyto techniky pokusit eliminovat negativní dopady zevních stresových situací na stav kůže. Prostor pro psychologickou práci u dětí mají, mimo již výše zmíněné, techniky na podporu vyjadřování emocí, koučovací techniky, své místo má podpora rodiny, případně rodinná terapie, kontrola symptomů a jejich aktivní zvládání.

3.4.1 Význam psychologické pomoci

Využití pouze somatické léčby (farmakoterapie), může podle Faleideho et al. (2010) znamenat zanedbání něčeho dalšího, co by mohlo být v procesu zvládání nemoci zásadní. Snadno se stává, že jsou psychologické momenty opomenuty, protože stojí v pozadí a ke zvládnutí somaticky nemocného je zapotřebí v první řadě medikace. Jedná se o takové případy, kdy se projevy ekzému a stav kůže výrazně zhoršuje, nebo dosahuje krizové hodnoty, čímž na sebe pochopitelně soustředí veškerou pozornost. Pracovat však i jinak, směrem, který byl naznačen, může mít dle Faleideho a Liana velký význam pro zlepšení celkové kvality života nemocného.

Následkem onemocnění mohou být např. deprese a úzkostné poruchy (Morschitzky & Sator, 2007), proto si myslím, že význam psychologické práce je zde zcela zřetelný. Výzkumné srovnávání několika terapeutických přístupů léčby, které prováděli Ehlers et al. (1995), ukázaly signifikantní zlepšení stavu kůže u autogenního tréninku, kognitivně-behaviorálního přístupu a kombinace dermatologické edukace a KBT technik, v porovnání s klasickou dermatologickou léčbou nebo pouhou intenzivní edukací. To bylo rovněž doprovázeno výrazným snížením užívání kortikosteroidů, zlepšení ukázaly i dotazníky zaměřené na pruritus, stres, úzkost. Autoři tvrdí, že tyto výsledky poukazují na užitečnost těchto přístupů jako doplňků k dermatologické léčbě.

Lze dohledat množství experimentů zaměřených na efekt psychoterapie u atopických pacientů. Obecným závěrem bývá pozitivní efekt, který ovšem vychází nikoli ze zlepšení zdravotního stavu, ale spíše zlepšení stavu psychického – deprese, úzkosti, kvality života. V případě kognitivně behaviorální terapie jde zejména o oslabení cyklu svědění a škrábání a následné zlepšení psychického stavu. Nejčastěji výzkumně popisované jsou pozitivní příznivé výsledky a užitečnost psychoterapeutických kognitivně-behaviorálních směrů (viz např. Wittkowski & Richards, 2007) a hlubinné psychoterapie (Waldmann, 2002).

Závěrem tohoto oddílu by bylo vhodné podotknout, že velkou výzvou pro psychologickou práci u atopického ekzému je právě snaha o zlepšení vlastní kontroly nad průběhem nemoci.

3.5 Přehled současného stavu problematiky v oblasti výzkumu atopického ekzému

Atopický ekzém je, co se týká zastoupení v odborné literatuře, velmi dobře popsán z medicínského hlediska. Existuje velké množství kvalitní české literatury, včetně učebnic, příruček. V oblasti psychosomatiky a psychosomatické medicíny má atopický ekzém své místo, proto ani o tyto zdroje není v českých pracích nouze. Co se však týká praktického začlenění psychologie do problematiky, je zde v české literatuře zřetelný nedostatek. Vždy je možnost psychologické pomoci uvedena v jednom odstavci, či jedné větě, hlubší zájem o psychologické faktory ovlivňující toto onemocnění však v českém prostředí chybí. A to přesto, že je psychologické hledisko v rámci této oblasti bráno jako zcela relevantní a v mnoha směrech podstatné. Podstatným zdrojem jsou zde právě právě zahraniční články a výzkumy, které tuto oblast rozhodně neopomíjejí. Rovněž z množství vytvořených nástrojů pro zmapování oblasti je v zahraničí patrný zájem o tuto problematiku. Existuje velký počet aktuálních výzkumů v člancích odborných zahraničních časopisů, nejčastěji jsou publikovány v lékařsky zaměřených dermatologických periodikách.

Kvalita života a nástroje k jejímu sledování jsou popsány v předcházejícím oddíle. Kromě zmíněné kvality života, která je dnes značně akcentována, jsou možnosti zjišťování symptomů a prožívání nemoci poměrně rozsáhlé, samozřejmě především v zahraniční literatuře. Ve výzkumech a studiích se nejčastěji využívají sebeposuzovací dotazníky. Jsou to například *HESI – Hand Eczema Severity Index*, *ISS – Itch Severity Scale*, *SCORAD – Scoring Atopic Dermatitis*, *NESS – Nottingham Eczema Severity Score*, *SEQ – Stigmatisation and Eczema Questionnaire*, *ACSD – Adjustment to Chronic Skin Diseases Questionnaire* a další.

V českém prostředí se pouze několik málo odborníků výzkumně orientovalo na psychologické faktory u kožních onemocnění. Jednou z nich byla například Pánková (1985). Ta se ve své práci zaměřila na skupinu psoriaticů. Z výsledků práce, kterou realizovala s profesorem Mikšíkem, vyplývá, že osobnostní struktura nemocných lupénkou se podobá struktuře osob s anxiózně depresivním syndromem. Byla zde také prokázána kognitivní labilita spojená s emocionální vzrušivostí při prožívání stresových situací. Výsledky také ukázaly, že zátěžové a frustrující situace mají individuální podobu, často se ale vyskytují v oblasti rodinných a partnerských vztahů.

Přestože byl tento výzkum prováděn na skupině psoriatických před poměrně dlouhou dobou, i ze soudobých zahraničních výzkumů zaměřených na atopický ekzém opakovaně vyplývají podobné výsledky. Výzkumný soubor mnohých výzkumů a studií často není příliš velký, přesto se častokrát ve spojení s atopickým ekzémem hovoří, podobně jako v českém výzkumu Pánkové, o fenoménech deprese, úzkosti, stresu atp.

Kromě dotazníku přeloženého a standardizovaného Jirákovou (2012), neexistuje pro Českou republiku žádný další nástroj pro mapování atopického ekzému a jeho prožívání. Využití těchto nástrojů se však ukazuje jako velmi vhodné pro využití v dermatologii, může pomoci lékařům i pacientům, respektive psychologům pochopit a lépe zmapovat situaci každého jedince, dlouhodobě ji sledovat, účelněji zařadit vhodnou léčbu a pomoc, případně předcházet některým psychosociálním problémům (Rogers, DeLong, & Chen, 2012). Vidím zde proto možnost pro další překlady a standardizaci metod, dotazníků, které jsou zatím využívány pouze v zahraničí.

3.5.1 Shrnutí psychologických východisek pro empirické šetření

Teoretická východiska psychologických aspektů atopického ekzému, která budou využita v empirické části, byla již ve větší míře popsána v této teoretické části. Na tomto místě bych ráda pouze doplnila a shrnula některá zjištění, se kterými se bude v empirické části dále pracovat. Konkrétně se to týká výzkumů atopického ekzému a deprese, konceptu rodiny ve spojitosti s ekzémem, sebepojetí u adolescentů a individuálního prožívání kožního onemocnění.

Ze zjevných důvodů se poměrně velké množství výzkumů zaměřovalo na batolata a malé děti. Atopickým ekzémem jsou postiženy právě nejvíce malé děti, proto je takové rozhodnutí na místě. Dnešním trendem je pak zejména otázka po kvalitě života těchto dětí a jejich rodin. Obvyklou cílovou skupinou jsou také dospělí. U nich se zkoumají zejména souvislosti onemocnění s narušením jejich psychického stavu – depresivita, úzkost, stres atp. Neméně zajímavou cílovou skupinu představují zejména starší děti, adolescenti, kteří do značné míry více vnímají reakce okolí na své kožní onemocnění než děti mladší. Na druhé straně je to u nich stále fenomén rodiny a výchovy, ve které se mohou promítat některé specifické psychologické ukazatele. Jen malé procento málo studií se zabývá tímto věkem, přestože právě v tomto období může mít ekzém určující dopad na sebepojetí jedince. Jmenovat můžeme například

Absolona a jeho spolupracovníky (1997), jejichž výzkumným souborem byla skupina 30 dětí ve věku 5-15 let s atopickým ekzémem. Při porovnání dětí s kontrolní skupinou byly nalezeny signifikantní rozdíly v psychických potížích. Do studie byly zařazeny děti se všemi projevy, od mírných po závažné. A právě u středně těžkých až závažných projevů se vyskytly tyto signifikantní rozdíly. Vhodné je zde zmínit norskou studii zveřejněnou roku 2007, která byla uveřejněna v britském odborném časopise *Pediatric dermatology* (Saunes, Smidesang, Holmen, & Johnsen, 2007), jejímž vzorkem bylo téměř 9000 adolescentů ve věku 13-19 let, a která se zaměřovala zejména na mentální stres a kvalitu života. Italský článek z boloňské univerzity (Ricci, Bellini, Dondi, Patrizi, & Pession, 2012) obsahuje shrnutí této problematiky atopického ekzému u adolescentů, kde se odkrývají některá specifika, jako například problémy s vrstevníky, se sexuálními kontakty, emocionální závislostí, frustrací, zlostí. Podle autorů článku se u této populace, více než u menších dětí, může objevovat úzkost, depresivita, problémy se sebevědomím v souvislosti se studem kvůli své kůži, s únavou, pruritem.

Obecně také platí, že subjektivně prožívaná nespokojenost s vlastním tělem a fyzickým vzhledem u adolescentů může být úzce spojena s nedostatečnou sebedůvěrou, pochybnostmi o vlastní osobě. Krch (2000) v české studii 1238 studentů s průměrným věkem 16,4 let poukazoval na vzrůstající anxieta, skóre deprese, sociální dysfunkce v případě vysoké míry tělesné nespokojenosti.

Z výše uvedených důvodů se bude navazující empirická část zaměřovat k dětem s atopickým ekzémem ve věku 10 až 15 let na druhém stupni základních škol, kde se, podle mého názoru, velmi dobře projevuje důležitost vnějšího vzhledu a důraz je kladen na fyzickou atraktivitu.

Některé výzkumy se rovněž zaměřily na vliv genderu či věku na kvalitu života s atopickým ekzémem a vnímání psychických problémů spojených s tímto onemocněním (Hon et al., 2008; Saunes et al., 2007). Ukázalo se, že tyto charakteristiky mohou působit na prožívání atopického ekzému, proto budou i zde zohledněny.

Prokázána byla rovněž souvislost deprese s pruritem u dospělých (Chrostowska-Plak et al., 2013), i relativní spojitost mezi depresí a atopickým onemocněním (Sanna et

al., 2014), (Gupta & Gupta, 1999). Díky tomu vnímám uvedená zjištění jako zajímavá východiska pro empirické šetření.

Protože atopický ekzém postihuje zejména dětský věk, je jasné, že případná zátěž spojená s nemocí se bude týkat celé rodiny, ve které dítě vyrůstá. Taková zátěž může být finanční, spojená s dietami, s uspořádáním domácnosti, vztahová. Matky mohou být častěji soustředěny na správné hygienické rituály. Běžně se také mění dynamika vztahu mezi matkou a dítětem, na vztah ošetřovatele a dítěte, jak tvrdí například autoři článku *The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society* (Carroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer, & Manuel, 2005). Svou roli zde hraje emocionální stabilita rodičů, jak dovedou dítě podpořit a dodávat mu motivaci, vyvarovat se negativním myšlenkám. Negativní dopad může mít onemocnění i pro sourozence nemocného dítěte, které se může cítit ostrčeno, neoblíbené, mimo zájem rodiny (Koblenzer, 2005).

Již ze starších studií a článků vyplývá, že rodina a zejména rodiče mají určující vliv na děti a jejich onemocnění, členové rodiny jsou zapojeni do léčebných procedur a mají za dítě samozřejmě primární zodpovědnost. Například dysfunkční rodiny mají obvykle problémy držet se předepsané léčby, což může vést ke zhoršení symptomů (Gil & Sampson, 1989). Některé studie dokládají roli dysfunkčních rodin ve zhoršení projevů kožního onemocnění (Poot et al., 2011). Gil a Sampson zmiňují i starší koncepty, které rovněž hovořily o mateřské overprotektivitě nebo odmítnutí na základě choroby. Jiné koncepty ve vztahu k atopickému ekzému zahrnují konflikty v rodině, neadekvátní disciplínu a tvrdou výchovu. Tyto však nebyly zcela potvrzeny a postaveny byly spíše na subjektivních klinických dojmech bez adekvátních kontrolovaných výzkumů těchto nemocných dětí (Gil & Sampson, 1989). Na druhé straně i dnes se vyskytují podobná tvrzení, zejména v ordinacích dermatologů.

Významem rodiny a výchovou v rodině a její spojitosti s atopickým ekzémem se zabývaly i další výzkumy. Gil et al. (1987) zkoumali vztah rodinného prostředí a příznaků atopického ekzému a následně tento vztah potvrdili. Z jejich výsledků vyplývá, že děti z rodin, které se vyznačují volnou výchovou a nezávislostí, mají signifikantně lepší průběh onemocnění, méně nočního svědění. Rodiny zdůrazňující přesnou každodenní rutinu, soběstačnost, nezávislé myšlení jsou spojeny s redukcí dětských příznaků. Autoři shrnují, že tyto dimenze v rodině jsou důležitými prediktory závažnosti symptomů atopického ekzému. Těžší příznaky atopického

ekzému u dítěte mohou narušit prostředí a organizovanost rodiny, což může vést k nekonzistentnímu rodičovskému přístupu k dítěti. Naopak více organizované rodiny, jejichž přístup je více konzistentní, vedou k podporování lepšího dodržování léčebného režimu a podporují zodpovědnější péči dítěte. Takové prostředí může být pro dítě rovněž méně stresující, vede k lehčím symptomům a projevům nemoci.

Některé výzkumy zdůrazňovaly vyšší výskyt úzkostné overprotektivity u matek s dětmi, u nichž se objevil atopický ekzém, v porovnání se zdravou skupinou (Pauli-Pott et al., 1999). Je však otázkou, zda se jedná o příčinu či důsledek. Je pravděpodobné, že takové chování je důsledkem nesnází spojených se svěděním a škrábáním. Rovněž další výzkumy nachází u matek znaky značné shovívavosti, často děti rozmazlují nebo mají spíše nedirektivní styl výchovy (Daud et al., 1993).

Obecně se zájem výzkumníků příliš nezaměřuje na vztah rodičů s dětmi, styl výchovy. Odborné články se spíše zabývají otázkou kvality života rodičů a možných psychických problémů spojených s ošetřováním a zvládáním tohoto chronického onemocnění (Warschburger, Buchholz & Petermann, 2004). Z výše uvedených příkladů vyplývá, že tato oblast může hrát podstatnou úlohu v prožívání, v průběhu léčby tohoto chronického onemocnění, proto bude v empirické části rovněž zohledněna.

4. Empirická část

Výzkumná část práce se zaměří na specifické psychologické aspekty spojené s projevy atopického ekzému. Soustředí se především na symptomy depresivní povahy, emoční vztahy v rodině a styl výchovy u dětské a adolescentní populace.

4.1 Cíl a popis výzkumu

Cílem výzkumu je snaha o zmapování oblasti, která u nás není výzkumně příliš zpracována, a to jak z hlediska dětské (adolescentní) populace, tak z hlediska rodinné situace, vztahu k dítěti a stylu výchovy. Pozornost je věnována možnosti výskytu depresivních symptomů u dětí a dospívajících s atopickým ekzémem a způsobu výchovy v rodině, jak ho tyto děti reflektují.

Empirické šetření zahrnuje kvantitativní i kvalitativní část. Data kvantitativního výzkumu budou získána na základě sebeposouzení výzkumného vzorku dětí a dospívajících ve věku 10 až 15 let. Data pro druhou kvalitativní část vychází ze dvou kazuistik, chlapce a dívky, kde půjde zejména o rozšíření informací plynoucích z první kvantitativní části, doplněných o krátkou autoanamnézu a vzhled do prožívání. Součástí kazuistik bude též rozhovor sloužící k upřesnění či validování zvolené testové metody, do větší hloubky dovolí zaměřit se na oblasti, které by mohly být nemocí narušeny. Na základě rozhovoru, spolu s dalšími zvolenými metodami, je zde také pokus o zhodnocení možnosti intervence či další psychologické péče.

Psychické fenomény spojené s atopickým ekzémem, které byly obecně definovány pro toto výzkumné šetření, jsou *stres, deprese, úzkost, negativní sebepojetí, problémy v rodině týkající se emočního vztahu rodič-dítě a způsobu výchovy v rodině*.

Je zde snaha o navržení výzkumných předpokladů, které vycházejí z již popsaných psychologických východisek, plynoucích ze zahraničních výzkumů i psychosomatických konceptů. Přestože budou nastíněny určité předpoklady pro empirické šetření, cílem tohoto výzkumu je spíše snaha o zmapování některých možných psychologických fenoménů v prožívání dítěte s diagnózou atopického ekzému.

4.2 Výzkumné předpoklady

Na základě předem vymezených psychologických východisek jsou formulovány výzkumné předpoklady. Ty se vážou ke dvěma popsáním psychologickým aspektům – depresivitě, vztahům a výchově v rodině:

1. Děti a dospívající s atopickým ekzémem budou celkově více depresivní než děti a dospívající v kontrolním souboru. Výzkumný soubor dětí s atopickým ekzémem, na základě již provedených studií k tomuto tématu, bude prožívat některé depresivní symptomy na rozdíl od kontrolního souboru, kde se nebudou vyskytovat žádné z depresivních symptomů. Mezi depresivní symptomy můžeme řadit např. špatnou náladu, snížené sebehodnocení, interpersonální obtíže aj. Tento předpoklad se potvrdil v některých výše uvedených výzkumech, proto představuje relevantní oblast vhodnou ke zkoumání v tomto empirickém šetření.

Děti a dospívající s atopickým ekzémem budou prožívat vyšší míru depresivity v porovnání s kontrolním souborem.

2. Způsob výchovy v rodině, sledovaný dimenzí emočního vztahu a výchovného řízení, se bude lišit u vzorku dětí s atopickým ekzémem v porovnání s kontrolní skupinou. Způsob výchovy v rodině silně působí na prožívání a chování dítěte, může ovlivňovat jeho motivaci, sebehodnocení, emoce, stabilitu, samostatnost i psychosociální zralost. V případě dětského atopického ekzému je také kladen důraz na spolupráci rodiny, z tohoto důvodu představuje rodina (emoční vztahy v rodině a výchovné řízení) vhodnou sféru k mapování.

Děti a dospívající s atopickým ekzémem budou mít odlišný způsob výchovy v rodině než kontrolní soubor.

Podobným způsobem se bude orientovat rovněž kvalitativní výzkumná část. V rámci dvou kazuistik budou vypracována diagnostická vyšetření sestávající z prozkoumání výše uvedených psychologických aspektů, zaměří se také na oblast sebepojetí a celkového prožívání vzhledem k charakteru onemocnění. Není nutné formulovat navazující předpoklady.

4.3 Výběr a charakteristika použitých metod

4.3.1 Metody využívané v kvantitativní části

Na základě výše uvedených předpokladů byla specifikována určitá kritéria pro výběr vhodných testových metod. Testová metoda měla být vytvořena pro dětskou populaci, minimálně od 10 let věku, mělo se jednat o poměrně krátkou dobu testování, proto bylo zapotřebí vybrat kratší dotazník, který mohl být administrován v ordinacích i čekárnách dermatologických pracovišť. V neposlední řadě měl mít tento dotazník plošnou výpovědní hodnotu. Protože nebylo možné využít žádnou existující metodu, která by se specificky orientovala na tyto sledované oblasti, byly nakonec po zhodnocení zvoleny dva dotazníky, založené na sebehodnocení. První z nich se zaměřuje na mapování depresivity u dětské populace, druhý dotazník vyhodnocuje emoční vztahy a způsob výchovy v rodině. Oba tyto dotazníky mají vytvořené české normy, proto nebylo nutné volit kontrolní skupinu, výsledky těchto dotazníků u dětí s atopickým ekzémem byly porovnány s českým normovaným souborem.

V obou případech se jedná o standardizované strukturované dotazníky, kde jde o výběr z několika možností, o posouzení vlastního prožívání či reflexe. Po prozkoumání nástrojů na postižení depresivity, stresu, úzkosti u dětí byl zvolen dotazník mapující možné depresivní symptomy – *CDI (Sebehodnocovací škála depresivity pro děti)* a *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině*, který umožňuje posoudit emocionální vztah mezi rodiči a dítětem, dále také styl řízení, jak je prožíván dítětem.

CDI – Sebehodnocovací škála depresivity pro děti je kanadský dotazník, jehož autorkou je Kovacs, českou úpravu provedl Preiss v roce 1998. Tato standardizovaná metoda obsahuje též normy, dle kterých je možné zhodnotit stav klienta. Dotýká se témat, jako jsou známky smutku, změna v chování, změna v sociálních vztazích, poruchy spánku, ztráta energie nebo zájmů, snížení aktivity. Obsahuje subškály špatné nálady, interpersonálních potíží, nevykonnosti, anhedonie, negativního sebehodnocení. Zaměřuje se na současný stav nebo změnu tohoto stavu. Některé tyto škály mohou být zajímavé v případě zadaného výzkumného problému. Dotazník dle autorky metody slouží jako základní screeningový nástroj k odhalení depresivity. Odhalit může například snížené sebevědomí, špatnou náladu, interpersonální potíže. Citlivé položky se týkají zejména suicidálních tendencí. Škála depresivity obsahuje

celkem 27 položek s vždy třemi možnostmi, kde se zaškrťává vždy ta, se kterou dítě nejvíc souhlasí. Skórování položky nulou znamená absenci symptomu, pod skór 1 se řadí mírné projevy, u 2 jsou to projevy výrazné (Preiss, 1998).

Druhou metodou pro zmapování rodinné situace je původní český **Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině** (Čáp & Boschek, 1994). Dotazník sleduje následující dimenze: emoční vztah v rodině (kladný, střední, záporný), výchovné řízení (slabé, střední, silné, rozporné) a celkový způsob výchovy v rodině. To je možné zobecnit na postoje pozitivní a hostilní v případě emočního vztahu a direktivní nebo autonomní z hlediska výchovného řízení. Tento dotazník obsahuje 40 položek s tvrzeními, která dítě posuzuje zvláště pro otce a matku a hodnotí, zda pro jeho rodiče platí, či nikoli. Hrubé skóry vypočítané z položek jsou následně rozděleny do čtyř komponentů výchovy - kladné (K_M, K_O) a záporné (Z_M, Z_O), povinnosti (P_M, P_O) a volnosti (V_M, V_O), odděleně pro matku a otce. Skóry z komponent jsou následně převedeny do dimenzí emočního vztahu a výchovného řízení. Na základě tohoto dotazníku s výsledky subjektivního pohledu dítěte je možné zjistit, jak dítě reflektuje vztahy rodičů k němu, jak vnímá některé výchovné otázky (Čáp & Boschek, 1994).

4.3.2 Metody využití v kvalitativní části

Kvalitativní část výzkumu (kazuistiky) se kromě dvou oblastí, již pokryté testovými metodami z kvantitativní výzkumné části, zaměří na sebepojetí a zejména celkové prožívání vzhledem k charakteru onemocnění. Testové metody (např. prověřené testové baterie) nejsou pro tuto oblast příliš rozvinuté, proto jsem se rozhodla zhodnotit zmíněné psychologické fenomény v teoretické části a vybrat vždy takovou metodu, která by mohla danou oblast zahrnout a pomoci ji zmapovat. V medicínské sféře se nejvíce využívají sebeposuzovací dotazníky zaměřené na kvalitu života s tímto onemocněním, některé z nich mají i českou podobu a normy. Přesto si myslím, že takové dotazníky mají smysl spíše výzkumný, diagnostický potenciál zde má v první řadě rozhovor, kde k poznatkům lze dospět snadněji. Na druhou stranu testové metody mohou ve velmi krátkém čase zmapovat přesně ty oblasti, které mohou být postiženy, narušeny atd. Svou roli zde mají i projektivní metody, které rovněž dobře mapují klientovo prožívání. V neposlední řadě je užít rozhovor, který údaje zpřesňuje

a sleduje zaměření klienta na určitý aspekt problému, jehož znalost je pro psychologa určující.

Z toho důvodu je do vyšetření, kromě dvou zmíněných dotazníků, zahrnuto i několik poloprojektivních nestandardizovaných metod a nakonec je zvolen krátký rozhovor. Je třeba mít na paměti, že se jedná o dva mladé dospívající jedince studující na základní škole, je proto nutné přizpůsobit vyšetření jejich věku i současnému somatickému i psychickému stavu. Jsou vybrány takové metody, které nejsou příliš časově náročné, jsou úměrné věku klientů a určitým způsobem zábavné, tvořivé.

Oblast negativního sebepojetí je mapována poměrně nově vydaným dotazníkem z roku 2015, **Piers-Harris 2 – Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů**. Tento dotazník obsahuje rovněž testový profil, skládající se z několika škál, které jsou přehledné a přesně ukazují na oblasti vhodné k doporučení dalšího vyšetření. Mezi zahrnuté škály patří Přizpůsobivost, Intelektuální a školní postavení, Fyzický zjev a vlastnosti, Nepodléhání úzkosti, Popularita, Štěstí a spokojenost. Pozornost byla zaměřena zejména na škály fyzického zjevu a nepodléhání úzkosti. Ty mohou být rovněž odrazovým můstkem k rozhovoru. Pokud jsou některé škály významně vzdáleny od dané normy, je třeba rozhodnout i o vhodné intervenci a dalším plánu léčby.

Koláč radosti, Koláč starosti, Čára života, jsou poloprojektivní nestandardizované metody, které jednak slouží k odlehčení od dotazníkových metod, na druhé straně dovolí nahlédnout do fenomenologie a prožívání dítěte. Koláč radosti může ukazovat některé motivační síly, zdroje energie. Koláč starosti může poukázat na některé stresory, možná také související s onemocněním, a Čára života je, dle mého názoru, vhodná pro lepší porozumění a zhodnocení stavu klienta. Bude zde zakreslena linka atopického ekzému, jak ji dítě prožívalo.

Čáru života neboli časovou osu vyzdvihují i Trapková s Chválou (2004). Od běžné anamnézy se rozšiřuje o psychosociální kontext. Příznak je tak vždy spojen s životními událostmi a je to pacient, kdo určuje výběr sdělení. V této technice se respektuje míra otevřenosti každého klienta.

Posledním nástrojem je tradiční klinická metoda – rozhovor. V tomto případě se jednalo o semistrukturovaný rozhovor. Opírala jsem se o některé oblasti, které by mohly rozvinout zkoumanou problematiku, na druhé straně zde byl prostor pro

klienta, s čím přijde a o čem chce v této souvislosti mluvit. Rozhovor se týkal prožívání nemoci, aktuálního stavu (psychického, fyzického), copingových strategií a dalších.

4.4 Popis souboru respondentů

4.4.1 Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumu

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 47 respondentů – dětí a dospívajících s atopickým ekzémem. Hlavním kritériem pro jejich zařazení byla diagnóza atopického ekzému, se kterou tyto děti společně se svými rodiči navštívili dermatologickou ordinaci.

Kromě pohlaví a věku nebyly u respondentů zjišťovány další údaje, jako např. trvání onemocnění, závažnost projevů atd. Trvání onemocnění ani závažnost projevů nemusí nutně souviset s prožíváním spojeným s atopickým ekzémem, proto žádné další údaje o respondentech nebyly zahrnuty.

Věk byl však jeden z důležitých kritérií pro zařazení do výzkumu. Protože budou výsledky porovnány s věkově omezeným kontrolním souborem, nebylo možné do výzkumu zařadit jiné věkové skupiny, věk respondentů se proto striktně pohyboval od 10 do 15 let. U dvou dotazníků však nebyla vyplněna kompletní data, proto musely být tyto dotazníky z výzkumu následně vyřazeny. Z tohoto důvodu konečný výzkumný vzorek představuje 45 respondentů.

		pohlaví		
		chlapci	dívky	
věk	10	3	4	7
	11	2	2	4
	12	2	4	6
	13	9	3	12
	14	2	2	4
	15	5	7	12
celkem		23	22	45

Tabulka č. 1 – Rozložení vzorku podle věku

Zásadním kritériem pro zařazení do výzkumu byl písemný souhlas jednoho z rodičů s psychologickým testováním jejich dítěte a použitím těchto dat v rámci diplomové práce zaměřené na psychologické aspekty atopického ekzému.

Pro obdobně věkově vymezený kontrolní soubor v populaci bez projevů atopického ekzému nebyl zahájen sběr dat, k porovnávání výsledků výzkumného vzorku a kontrolního souboru došlo při využití norem jednotlivých dotazníků. Jak CDI, tak Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině mají vytvořeny české normy právě pro tyto věkové skupiny. Kontrolní soubor proto sestává ze standardizačního reprezentativního výběru, který tuto skupinu zastupuje.

Pro kazuistiky byli vybráni chlapec a dívka, s odlišným klinickým nálezem, odlišným věkem i zkušenostmi. Každý tento případ je popsán ve svých specifikách v samostatné kazuistice.

4.4.2 Výzkumné podmínky, průběh výzkumu

Výzkumný soubor obsahoval pouze jednu skupinu. Absence srovnávací skupiny je nahrazena již zmíněnými populačními normami uvedenými v každém dotazníku.

Jsem si vědoma, že velikost souboru není dostatečně reprezentativní, v takto vymezené a úzké populační skupině nebylo příliš snadné najít vhodné respondenty. Na mnoha dermatologických pracovištích, která jsem oslovila, nebyl personál příliš ochotný spolupracovat, ať už pomáhat s administrací mezi svými pacienty, tak se zprostředkováním informací o této možnosti. Na druhé straně zapojená pracoviště (víceméně větší nemocnice) po instruktáži respondentům tyto dotazníky nabízela a zadávala, každé pracoviště poskytlo vždy 5 až 15 vyplněných dotazníků.

Z oslovených pražských fakultních nemocnic na dětském oddělení dermatologie se zapojily všechny tři – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Fakultní nemocnice v Motole. Do výzkumu se zapojily i Fakultní nemocnice Hradec Králové a Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem.

Dotazníky byly následně lékařkami či sestrami nabízeny určeným respondentům, rodičům byl nejprve předložen k podpisu informovaný souhlas spojený s informacemi o povaze testování a výstupech těchto dotazníků.

Výzkum probíhal v prostředí nemocnice, v ordinaci, či čekárně, případně na lůžkovém oddělení, a to od dubna do června 2016. Časová dotace pro oba dotazníky představovala asi 15-20 minut času, v závislosti na věku respondenta. Mladší děti vyplňovaly dotazník zhruba 20 minut, starší patnáctiletí byli hotovi do 10 minut.

Takto získaná data byla následně porovnáována s již popsáním normovaným souborem a tyto výsledky jsou zachyceny v jim věnovaných kapitolách.

Do kvalitativního výzkumu – kazuistik byly vybrány dvě děti na základě předchozího doporučení. S každým dítětem jsem se sešla zvlášť v domluveném čase v jejich domácím prostředí. Další charakteristiky výběru těchto dvou účastníků jsou vždy popsány v samostatné kazuistice.

Možná metodologická úskalí výzkumu tkví v nemožnosti osobně se na administraci dotazníků podílet. Nebylo možné dopředu získat informace, zda za dermatologem přijdou ten den nějací objednaní pacienti s atopickým ekzémem v definované věkové skupině. Proto byli lékaři, v některých případech i sestry, podrobně seznámeni s postupem, jak má administrace probíhat. Podmínky však na každém dermatologickém pracovišti vypadaly trochu jinak, proto bohužel nemohly být zaručeny identické podmínky pro všechny testované. První rozdíl může plynout z odlišných prostor, kde jsou dotazníky vyplňovány. V některých případech se dotazníky vyplňovaly přímo v ordinaci, jindy v čekárně, či na lůžku, kde bylo dítě hospitalizováno. Nemusí zde být zcela stoprocentně zaručen klid a adekvátní podmínky pro testování. Přes všechny tyto možné nedostatky se domnívám, že platnost dotazníků tím není výrazně narušena.

4.5 Výsledky kvantitativního výzkumu

Konečný výzkumný soubor obsahoval 45 respondentů, pohlaví bylo rovnoměrně rozděleno, 23 chlapců a 22 dívek s atopickým ekzémem.

Obdobně jako v příručce k dotazníku CDI, u výzkumného souboru nebyly nalezeny významné rozdíly ve skórování u chlapců a dívek, proto se zde bude dále pracovat pouze s jednou skupinou 45 účastníků, bez rozdílu pohlaví (viz tab. č. 2).

Naopak u Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině by rozdíl u chlapců a dívek v reflektování rodinné situace mohl být určující, proto jsou základní statistické charakteristiky souboru rozděleny dle pohlaví, opět shodně s příručkou k testu (viz tab. č. 3).

	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Shapiro-Wilk test (<i>p</i> -hodnoty)
subškála A - Špatná nálada	0	7	1,9	1,8	< .001
subškála B - Interpersonální potíže	0	3	0,7	0,8	< .001
subškála C - Nevýkonnost	0	6	1,6	1,6	< .001
subškála D - Anhedonie	0	7	2,4	1,8	< .001
subškála E - Snížené sebehodnocení	0	5	1,6	1,2	.002

Tabulka č. 2 – Základní statistické charakteristiky (N=45) _ CDI

	CHLAPCI				DÍVKY				Shapiro-Wilk test (<i>p</i> -hodnoty)
	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	
K_O	18	30	26,5	3,1	14	30	25,8	4,1	< .001
Z_O	10	22	13,4	3,6	10	23	13,7	3,3	< .001
P_O	12	25	17,1	3,4	10	22	16,0	3,1	.312
V_O	13	25	18,3	3,0	14	25	20,2	3,4	.245
K_M	17	30	27,4	3,3	21	30	27,6	2,5	< .001
Z_M	10	22	13,6	3,7	10	24	14,6	3,7	.001
P_M	12	28	17,7	3,9	12	25	17,8	3,4	.211
V_M	12	27	18,8	3,5	16	26	20,0	2,9	.817

**Tabulka č. 3 – Základní statistické charakteristiky (chlapci N=23, dívky N=22)
_ Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině**

Předcházející dvě tabulky (č. 2, 3) uvádějí minimální a maximální skórované hodnoty pro jednotlivé škály a komponenty. Dále je zde znázorněn průměr výzkumného souboru a směrodatná odchylka. Poslední hodnotou je výsledek Shapiro-Wilkova testu normality, na jehož podkladě byl vybrán vhodný statistický test.

Na základě tohoto provedeného testu normality pro jednotlivé proměnné (Shapiro-Wilk test) bylo nutné zamítnout normální rozdělení výzkumného souboru a pro statistické testování zvolit jednovýběrový Wilcoxonův neparametrický test.

V testové statistice se hodnotila odlišnost výběrového průměru v jednotlivých subškálách a komponentech od průměru normovaného souboru.

V následujících dvou tabulkách (č. 4, 5) jsou uvedeny průměry kontrolního normovaného souboru jednotlivých dotazníků, testová statistika a výsledné *p*-hodnoty Wilcoxonova testu o porovnání průměrných hodnot obou skupin.

	<i>M</i> (kontrolní)	Testová statistika (<i>Z</i>)	Wilcoxon (<i>p</i> -hodnoty)
CDI_A	1,6	515	.982
CDI_B	0,7	445	.407
CDI_C	1,9	445	.414
CDI_D	2,4	502	.865
CDI_E	2,0	131	.032

Tabulka č. 4 – Testová statistika (N=45) _ CDI

Na základě statistického výpočtu nebyl u dotazníku CDI nalezen signifikantní rozdíl mezi průměry obou skupin, je proto nutné zamítnout výchozí předpoklad o vyšší míře depresivity v porovnání s kontrolním souborem. Signifikantní rozdíl se ukázal pouze ve škále CDI_E (snížené sebehodnocení), avšak v případě provedení korekcí na vícečetné porovnání by statistická významnost nebyla signifikantní u žádného z testovaných průměrů.

V dotazníku CDI nevykazuje vybraná skupina dětí s atopickým ekzémem souborně zvýšené skóry, které by znamenaly vyšší depresivitu než normovaný soubor. V jednotlivých subškálách byl průměr velmi podobný, či dokonce mírně nižší než

průměr vycházející z norem, proto zde neplatí výzkumný předpoklad o zvýšeném skóru depresivity u výzkumného souboru.

	CHLAPCI			DÍVKY		
	<i>M</i> (kontrolní)	Testová statistika (Z)	Wilcoxon (<i>p</i> -hodnoty)	<i>M</i> (kontrolní)	Testová statistika (Z)	Wilcoxon (<i>p</i> -hodnoty)
K_O	25,5	197,5	.070	25,5	165	.215
Z_O	13,9	101,0	.265	13,3	131	.896
P_O	16,7	144,0	.867	15,6	138	.721
V_O	19,6	70,0	.040	19,1	165	.217
K_M	26,4	199,0	.064	26,9	186	.054
Z_M	14,0	89,5	.373	13,8	142	.626
P_M	16,9	171,0	.322	16,3	184	.064
V_M	20,4	79,0	.075	19,7	135	.795

Tabulka č. 5 – Testová statistika (chlapci N=23, dívky N=22)
_ Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině

Výsledky z Dotazníku o způsobu výchovy v rodině ukázaly, obdobně jako u dotazníku CDI, že průměrné hodnoty obou souborů se od sebe signifikantně neliší. Je třeba zamítnout výchozí předpoklad o odlišném způsobu výchovy v rodině než v kontrolním souboru, respektive zamítnout významný rozdíl mezi jednotlivými komponenty (kladný, záporný, požadavky, volnost). Signifikantní byl výsledek pouze u komponenty volnosti otce, a to v případě chlapců. Ve výzkumném souboru chlapců se ukázalo nižší skóre v komponentech volnosti, než je tomu v případě kontrolní skupiny.

Protože se však testuje velké množství proměnných najednou, roste tím pravděpodobnost chyby 1. druhu. Je proto nezbytné shromáždit více dat, aby bylo možné skutečně potvrdit zde vzniklé signifikantní rozdíly mezi výzkumným a normovaným souborem.

Prezentace výsledků musí být proto předložena v diskusi se značnou zdrženlivostí.

4.6 Kazuistiky

JANA B.

Pro vypracování diagnostického vyšetření a sepsání první kazuistiky jsem si vybrala dívku Janu B., která dlouhodobě trpí atopickým ekzémem. Janě B. je 10 let, kvůli kožním problémům byla již hospitalizovaná. Účelem vyšetření je zmapovat určité oblasti psychických jevů, které mohou být v důsledku onemocnění narušeny. Cílem tohoto vyšetření je rovněž zhodnotit, zda by taková péče byla pro klientku Janu B. vhodná a zda by z ní mohla těžit. Případně, jakým způsobem by probíhala. Na základě tohoto vyšetření budou prozkoumány ty jevy, které s daným onemocněním souvisí, a následně bude vytvořeno doporučení vyplývající z jeho výsledků.

Jana B. je desetiletá dívka, s matkou žije v Praze. Je jedináček. Po rozvodu rodičů Jana tráví s otcem čas o víkendech, které si s matkou střídají. Matka rovněž přiznává alergii, což podporuje teorii dědičné zátěže, která se vyskytuje v rodinné anamnéze. Jana chodí na základní školu, hraje na housle (pochází z hudební rodiny), chodí na balet, má domácího mazlíčka - speciální morče (skinny – bez chlupů, kvůli alergii). Atopickým ekzémem trpí Jana od dětství. Průběh onemocnění bude reflektován níže. Kvůli atopickému ekzému jezdí Jana do lázní, byla tam již podruhé a ozdravný pobyt vždy trval jeden měsíc. V době vyšetření se právě z lázní po měsíci vrátila, projevy ekzému tak byly méně závažné, což potvrzovala Jana i její matka. Již dříve s Janou kvůli tomuto onemocnění (škrábání v noci, nedostatek spánku zapříčinil zhoršení psychického stavu) navštívily psychologa.

Janu P. jsem znala od vidění již dříve přes její matku. Dnes na mě působila dojmem usměvavé spokojené holčičky. Při bližším pohledu jsem v obličeji a krku zaznamenala znaky atopického ekzému – výrazné rýhy na krku a pod očima, změněná barva kůže. Snad díky pobytu v lázních byla její kůže nyní zhojená, bez krvavých stop rozškrabání. V okamžicích nejistoty (na začátku rozhovoru, v případě složitější otázky) docházelo ke škrábání paží, opakovaně. Na tyto projevy jsem nereagovala, pouze je registrovala.

Podařilo se mi získat její důvěru. Myslím, že bylo podstatné, že jsem již předtím klientku zběžně poznala. Klíčová však byla má znalost atopického ekzému, kterým sama trpím. Troufám si tvrdit, že to celkově pomohlo našemu přiblížení.

Před začátkem testování byl Janě i její matce vysvětlen smysl a cíl vyšetření, obě byly seznámeny s metodami, které budou použity, byl stanoven čas vyšetření – celkový čas setkání 1,5 hodiny. Následně matka Jany podepsala informovaný souhlas s psychologickým vyšetřením, byla vysvětlena jeho dobrovolnost i možnost odmítnutí, v jakékoli části vyšetření.

Matka poté místnost opustila a začalo samotné vyšetření. Po krátkém úvodním rozhovoru následovala administrace jednotlivých metod, v pořadí: dotazník CDI, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, Piers-Harris 2 – Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů. Dále jsem zařadila Koláč radosti a starosti, Čáru života. Nakonec následoval rozhovor, který byl spontánně ukončen, v časovém limitu hodiny a půl.

Během vyšetření byla Janě nabídnuta přestávka (několik pobídek v průběhu administrace testových metod). Nutnost přestávek Jana negovala, během vyšetření se usmívala, projevovala nadšení. V rozhovoru byla hovorná, nevadilo jí odpovídat na otázky, ani spontánně hovořit o problémech s ekzémem. V jejích vyprávěních bylo velké množství energie, působila na mě energicky a radostně. S žádnou z testových metod neměla výraznější problémy.

V dotazníku CDI skórovala Jana celkově s hrubým skórem 4, autorka testu navrhuje cut off skóry na 19 bodech. Z toho vyplývá, že se u Jany nezobrazily žádné známky možné depresivity. Jednotlivé škály rovněž nezaznamenaly žádné odchylky. Percentily zanesené v záznamovém archu ukazují výsledky odpovídající průměru v normovaném souboru. Několik jednotlivých položek, které Jana zaškrtnula – *Je těžké se soustředit, Často mě trápí různé starosti a bolesti* – by mohlo být vyzdviženo jako námět pro následný rozhovor. Celkově však lze na základě tohoto dotazníku negovat depresivní projevy. To se také potvrdilo v následujícím doplňujícím rozhovoru.

Emoční vztah v rodině, na základě Janiných výpovědí, vyšel v Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině jako kladný, přičemž s otcem byl tento vztah kladný, s matkou střední. Výchovné řízení se ukázalo jako rozporné, u matky bylo slabé, u otce rozporné (s vysokými požadavky i velkou volností). Celkový způsob výchovy, dle Modelu 9 polí od Čápa a Mareše, ukázal na rozporné řízení, které je relativně vyváжено kladným emočním vztahem.

Emoční vztah s rodiči, což představuje klíčový moment ve stylu výchovy, je celkově kladný. U matky by střední emoční vztah mohl být ovlivněn společným soužitím, otec

v domácnosti nežije, může být proto vnímán pozitivněji. Výchovné řízení matky je slabé, s nízkými požadavky. Ta může podléhat nevhodným přáním dítěte, zejména související s odlehčováním z hlediska nemoci. U otce Jana vnímá vysoké požadavky i volnost, což může ukazovat na nejasnost, nepřehlednost, zmatenost ve výchově.

Na základě těchto zjištění by výstupem mohlo být doporučení pro Janiny rodiče, s důrazem na sjednocení svého chování. Tak, aby bylo rodinné prostředí pro Janu přehledné a jasné. V případě kladného emočního vztahu, který Jana s rodiči má, zde nevidím zásadní potřebu nezbytně zařazovat intervenci v rodině.

Celkový skóre u dotazníku zaměřeného na sebepojetí měl u Jany hodnotu 53 (T skóre = 62, percentil 88), jedná se tedy o nadprůměr v rámci normy. Na základě zhodnocení jsem se rozhodla, že nedošlo k záměrnému zkreslení výsledků, ani k předpojatosti. Tento vyšší skóre ukazuje na vysokou sebeúctu klienta (pozitivní sebepojetí), obdobnou či vyšší úroveň sebeúcty než většina vrstevníků ze standardizačního souboru. U Jany výsledek odpovídá poměrně vyváženému sebehodnocení, a to i v případech jednotlivých subškál, které byly poměrně vyrovnané, jak ukazuje testový profil v příloze. Na základě těchto výsledků nevidím nutnost k doporučení dalšího vyšetření.

Do koláče radosti zakreslila Jana 4 své radosti, dle velikosti radosti v tomto pořadí – Rufus (skinny morče), plavání, balet, housle. Tyto 4 položky by bylo možné shrnout pod estetické potřeby, potřeby seberealizace, rovněž k potřebě podnětů a činností. Tyto pozitivně vyjadřované momenty prožívání radosti se dají vyhodnotit pouze na základě kvalitativní analýzy. Obecně lze říci, že tyto aktivity a činnosti, popřípadě láska k domácímu mazlíčkovi, je pozitivním prediktorem zvládání zátěžových stresových situací a úzkostí v souvislosti s Janiným onemocněním. Zdroje radosti obvykle pomáhají lepšímu průběhu onemocnění i jeho zvládání. Jana je schopna si je vybavit, spojit s uspokojením a radostí, což může zlepšovat psychický stav.

Koláč starosti obsahoval pouze jednu položku – ekzém. Jana ekzém vnímá jako jedinou svou starost, což doprovází vysvětlením, proč tomu tak je. Ostatní se jí prý kvůli němu posmívají, přináší to limity v pohybu, nepříjemná je situace v létě a horku, kdy je ekzém více vidět, Jana má pocit, že to někdo uvidí, což se jí nelíbí. Koláč starosti jasně ukázal, jak negativně je onemocnění prožíváno, na základě tohoto

zjištění je možné pokračovat v rozhovoru, dostat se blíže k Janiným pocitům, k tomu, co přesně prožívá jako nejvíce negativní.

Pozitivní momenty v Janině životě představovali zejména domácí mazlíčci, což Jana vnímá jako významný zdroj radosti (pes, morče), a zábavné aktivity (zmiňuje atrakce na Matějské pouti). Negativní momenty úzce souvisí se zdravotním stavem a potřebou podat dobrý výkon. Na čáře života do mínusového negativního pole Jana zakreslila hospitalizaci z důvodu kožního onemocnění a svou první pětku ve škole. Dále Jana na čáru života zanesla vlastní prožívání průběhu onemocnění atopickým ekzémem. To ukazuje a potvrzuje její nynější poměrně stabilizovaný stav, kdy jsou projevy ekzému spíše na ústupu. Na základě kresby může dojít k uvědomění, kdy byla nemoc nejhorší, kde je teď a kam si klient myslí, že bude směřovat. Zanesení čáry ekzému je vhodné k porovnání vnímání klienta s reálným stavem kůže. Zajímavé může být opakování této techniky a porovnávání výsledků v průběhu času.

Poslední částí diagnostického vyšetření byl rozhovor. Zde bych ráda provedla krátké shrnutí vyplývající z Janiných výpovědí během rozhovoru.

V rodině má atopický ekzém také Jany bratranec, se kterým občas může sdílet trápení spojená se škrábáním a pálením ekzému ve vodě. Jana také říká, že je příjemné mluvit o tom s někým, kdo má stejné problémy – zdá se jí pak, že na to není sama. Jana nikdy nepřemýšlela o tom, proč se jí ekzém zhoršuje, po chvíli zamyšlení zmínila školu (zhorší se škrábání), nejhorší je prý škrábání v noci, protože pak je ekzém hrozný. Rodiče na její škrábání reaguji větou – neškrabej se – což je podle Jany otravné. Uznává, že to pomáhá, ale pouze na několik minut. Za jejich reakce je i není ráda. Dříve ji rodiče dokonce drželi za ruce, aby se nemohla škrábat, teď se to, podle jejích slov, snaží ovládnout sama. Co jí pomáhá zvládat smutek, pokud se ekzém zhorší, je jednoznačně Rufus (morče), které jí vždy zvedne náladu. Když si vzpomene na ekzém je smutná i naštvaná najednou. Ekzém je dle Jany blbej, kůže zčervená, svědí, všichni to vidí. Už jí tolik nevadí, že to vidí ostatní, ale vadí jí, že to vidí ona. Otázka, k čemu by ekzém mohl být dobrý, Janu zaskočila. Po delším přemýšlení uznává, že díky němu má Rufuse (morče) a může jezdit do lázní a nechodit do školy. Jana ví, co dělat, když se ekzém zhorší, má vyzkoušené olejové koupele, které mohou její stav trochu zlepšit. Jana už má také zkušenost s psychologem, před několika lety ho navštívila. Řekl, ať si namaluje příšerku, která

má znázorňovat ekzém a dá si jí k posteli. Měla prý k ní mluvit. Jana nedokreslenou příšerku hledá a ukazuje. Vše shrnuje tak, že není blázen, aby mluvila k namalované příšerce. A stejně si není jistá, jak by měla přesně vypadat. Poslední otázkou je zhodnocení současného stavu kůže a limitace, která s tím souvisí. Na škále od 1 do 5 Jana volí 1 (vůbec nelimituje), před odpovědí chvíli přemýšlí.

Rozhovor umožnil zaměřit se na problémové oblasti, které s tímto onemocněním souvisí, dovolil zjistit znalosti i možnosti, které Jana má, jak nemoc vnímá atp. V neposlední řadě pomohl zpřesnit doporučení vyplývající z těchto výsledků.

Na základě provedeného psychologického vyšetření zaměřeného na fenomény spojené s projevy atopického ekzému jsem dospěla k následujícím závěrům. Výsledky z předložených dotazníků nenaznačovaly u Jany výraznější problémy ani odchylky v oblasti depresivity, sebepojetí. Prostředí rodiny není vzhledem k okolnostem oddělené výchovy nijak výrazně narušeno, emoční vztahy vnímá Jana jako kladné. Kvalitativní analýza nicméně ukázala na jisté těžkosti spojené s tímto chronickým onemocněním, jako jsou poruchy spánku, svědění a škrábání kůže, nepěkný vzhled, předsudky ze strany spolužáků. Na druhé straně zmiňuje Jana pozitivní momenty a radosti, které jí pomáhají některé starosti lépe překonat.

Na podkladu zmíněných závěrů bych doporučila psychoedukaci, která by mohla být provedena v několika sezeních. Bylo by vhodné, aby se tohoto setkání účastnil některý z rodičů (nejlépe oba, pokud možno). Tato edukace by se týkala přístupu k Janě a sjednocení ve vztahu k nemoci, sjednocení v reakcích na projevy silného škrábání. V rámci edukace by mohly být navrženy některé kognitivně-behaviorální techniky, z intervenčních i preventivních důvodů. Intenzivní psychologickou intervenci bych za současného stavu nepovažovala za nezbytnou, pokud by však došlo ke zhoršení kožních projevů nebo psychického stavu (často jsou ve vzájemném vztahu), Jana i její rodiče by měli být upozorněni na možnost i vhodnost včasného vyhledání psychologické pomoci. Psychoterapie u dětských pacientů by měla být vždy propojena s rodinnou terapií. To opět, na základě zmíněných výsledků, nepovažuji v tuto chvíli za nutné. Je však třeba rodičům nabídnout i tyto možnosti. Pokud se situace změní a v průběhu času zhorší, je dobré připomenout, že psychoterapie a další psychologická pomoc může významně pozitivně působit na průběh tohoto onemocnění a jeho prožívání.

Tyto závěry a doporučení budou součástí zpětné vazby, které by se měli, spolu s Janou, účastnit i rodiče, popřípadě jeden z rodičů.

MARTIN T.

Martin T. je patnáctiletý chlapec, který žije v Praze s matkou a nevlastním otcem. Atopickým ekzémem trpí již řadu let, období nepříjemného zhoršení střídá téměř vymizení všech příznaků. Aktuálně je Martin téměř bez jakýchkoli atopických projevů, přiznává klidné období. Jeho matku rovněž trápí kožními problémy, nejčastěji v oblasti obličeje. Závažným ekzémem trpí Martinův biologický otec, tuto skutečnost však ví Martin pouze zprostředkovaně, svého biologického otce nezná. Martin chodí do deváté třídy základní školy, věnuje se kreslení a je brankářem pražského florbalového týmu. V novém školním roce bude navštěvovat střední průmyslovou grafickou školou.

Atopický ekzém se Martinovi zhoršuje zejména v zimních měsících, potvrzuje silné svědění i škrábání. Objevují se mu většinou ložiska na nohou a rukou, nikoli však na trupu a obličeji. Nejen pro Martina představuje ekzém nepříjemnosti. Matka se synovým ekzémem poměrně hodně zabývá, v této oblasti se vzdělává, kontroluje jeho léčbu a je v ní velmi pečlivá. Podnět k psychologickému vyšetření dala sama matka, která chtěla pomoci a navíc získat další informace o synovu onemocnění.

Cílem tohoto setkání bylo zmapovat ty oblasti psychických jevů, které by mohly být v důsledku onemocnění postiženy. Druhým cílem vyšetření bylo vyhodnotit možnosti případné psychologické pomoci a jejich podobu, případně vyslovit další související doporučení.

Martina jsem na našem setkání viděla poprvé, znala jsem pouze jeho matku. Na schůzku dorazil s velkým zpožděním, přišel sám. Působil na mě poměrně ostýchavě, zpočátku projevoval značnou nejistotu, nervozitu. Na těle nebyly patrné žádné známky ekzému, snad pouze jednou během našeho setkání instinktivně naznačil škrábání. V průběhu vyšetření se více uvolnil, bylo však potřeba ho ujišťovat, že jeho pozdní příchod na naše setkání vliv nemá. Velmi se obával silné negativní reakce matky z důvodu jeho zpoždění, o kterém již věděla. Během rozhovoru se choval velmi přátelsky, našemu sblížení a empatickému napojení opět výrazně pomohla

má vlastní zkušenost s atopickým ekzémem. Celkově působil Martin dojmem citlivého a nepříliš sebejistého mladého chlapce.

Martinovi byl podrobně vysvětlen smysl a cíl setkání, seznámen byl se všemi metodami psychologického vyšetření i dobou jejich administrace, včetně závěrečného rozhovoru. Byl obeznámen s dobrovolností a možností odmítnutí či vynechání některých citlivých odpovědí, položek. Doba trvání celého setkání se pohybovala kolem 1,5 hodiny. Martinovi byly předkládány jednotlivé metody v následujícím pořadí. Nejprve dotazník CDI, Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině, poté Piers-Harris 2 – Dotazník sebepojetí dětí a adolescentů. Poté následoval Koláč radosti a starosti, Čára života. Setkání bylo zakončeno rozhovorem, který nakonec přešel do volné konverzace o Martinově umělecké tvorbě.

V průběhu vyšetření byl Martin velice soustředěný, své odpovědi promýšlel a bral celé setkání velmi vážně. Z toho vyplývalo i delší přemýšlení nad každou položkou. Několikrát se dotazoval na to, co by měl odpovědět u té a té položky. Počáteční ostych a nejistota vystřídala uvolněná nálada, nebylo nutné vyšetření přerušovat, žádná z metod mu nečinila větší potíže. V rozhovoru bylo obtížnější přesunout pozornost od somatických stesků na úroveň emocí, přesto se nakonec podařilo dostat se společně k některým emocím spojeným s atopickým ekzémem. Přestože má teď Martin klidné období, nedělalo mu potíže vzpomenout si na situace a nepříjemnosti spojené s tímto onemocněním.

V dotazníku CDI měl Martin hrubý skóre roven 9, čemuž odpovídá 48 percentil, a tedy průměr vzhledem k českým normám. Cut-off skóre je, dle autorky testu, stanoven na 15 bodech, proto je možné tvrdit, že Martin tímto dotazníkem nevykazoval žádné depresivní tendence. Rovněž všechny subškály tohoto testu byly na úrovni normy. Jako doporučení k dalšímu rozhovoru by bylo možné volit bližší vysvětlení některých položek, které Martin zaškrtl, např. *Nevypadám zrovna nejlépe a Mám strach, že se mi stane něco špatného.*

Na základě Martinovy výpovědi v dotazníku o způsobu výchovy v rodině byl emoční vztah v rodině hodnocen jako záporný, a to u otce i matky. Výchovné řízení bylo stanoveno jako silné, opět shodně u obou rodičů. Z těchto výsledků je možné určit celkový způsob výchovy v rodině, dle Modelu 9 polí, jako číslo 1 – autokratická výchova, autoritářská se záporným emočním vztahem. Takový způsob výchovy

ukazuje obecně na přísnou výchovu s množstvím požadavků, bez akceptace potřeb a přání dítěte. Očekává se často bezpodmínečné plnění úkolů, mohou se zdůrazňovat nedostatky dítěte a negativní hodnocení jeho schopností. Tento styl výchovy je obecně nepříznivý pro stabilitu rodiny, v rodině může vznikat neklid, napětí, konflikty. Pouze jedno platné zjištění z těchto všech vyjmenovaných může být pro dítě velmi frustrující.

Emoční vztah je důležitým aspektem ve stylu výchovy, Martin ho popisuje jako záporný u obou rodičů. Z dostupných informací nebylo možné najít adekvátní indicie vedoucí k jasnému rozhodnutí pro tento záporný vztah, nicméně záporné komponenty převyšují u emočního vztahu ty kladné, proto zřejmě situace není pro chlapce ideální. Výchovné řízení ukazuje poměrně vysoké komponenty požadavků, naopak nízké komponenty volnosti.

Výše uvedená obecná charakteristika autokratického způsobu výchovy v rodině by mohla k Martinovi pasovat. Matka je během vyšetření Martinem popisována jako náročná a tvrdá, pokud se chlapec nechová podle jejích představ, má velké množství požadavků, kterým se Martin nemůže vyhnout. Tento stav, který popisuje Martin, není příliš podporující ani vzhledem k tématu atopického ekzému. Úzkost, strach a nepříjetí mohou podpořit špatný psychický stav dítěte, a tím i dobu vzplanutí onemocnění. Výstupem by zde mohlo být doporučení rodinné terapie, avšak pouze na základě předcházejícího zpřesnění Martinových výpovědí. Obecně je však tento emoční vztah k dítěti a styl výchovy nepříznivý pro stabilitu a nemusí to být vhodný styl výchovy v případě dítěte s chronickým onemocněním.

Ve zjištěných výsledcích v dotazníku sebepojetí se Martin svým t-skórem 45, percentilem 31 zařadil k populačnímu průměru. To ukazuje na obdobnou úroveň sebeúcty jako má většina vrstevníků a na poměrně vyvážené sebehodnocení. Žádná ze subškál nebyla výrazně odkloněna od normy. Na základě těchto zjištění není nutné doporučení k dalšímu vyšetření zaměřené tímto směrem.

Je však možné prozkoumat a zjistit konkrétní obavy vycházející z jednotlivých položek zahrnutých subškál. Například subškála přizpůsobivosti, na které se Martin nachází v mezích nižší normy, obsahuje poměrně zajímavé položky, které Martin pozitivně hodnotil, např. *Naše rodina má se mnou potíže* a *Naše rodina je ze mě zklamaná*. Tyto odpovědi mohou mít též spojitost s výsledky z předchozího dotazníku o způsobu výchovy v rodině. Rovněž v další subškále intelektuálního a školního postavení Martin ukazuje na spíše negativní sebehodnocení. Jedná se o poměrně

izolovaný deficit v jeho sebepojetí a může popisovat možná vlastní nerealistická očekávání či internalizovaná zklamání rodičů. Tato subškála rovněž může značit pocit nedostatečných schopností pro školní úspěšnost. U Martina se to týká tvrzení – *Nejsem chytrý, Jsem pomalý v plnění školních povinností, Mám potíže s učením a udržením pozornosti*. Co se týká dalších subškál a oblastí sebepojetí, pohybuje se Martin v mezích normy a v typickém sebehodnocení v porovnání se standardizačním souborem.

Koláč radosti a jeho jednotlivé dílky mohou svým obsahem představovat různé formy volnosti, kterým Martin přikládá velkou důležitost, například *Můžu si dělat, co chci, Nikdo mě s ničím neotravuje, Je víkend, Mám prázdniny* atd. Tyto drobné radosti mohou pro Martina znamenat tolik potřebnou volnost v kontrastu se silným výchovným řízením. Je zajímavé, že zde nezmínil žádný ze svých koníčků – sport, malování.

Koláč starosti je pro Martina spojen s běžnými lidskými obavami. Je zde tendence starosti zaměřit k tématům výkonu a vztahům v rodině – *Test ve škole, Když naštvu rodiče, Jestli pojedeme na dovolenou* atd. Rovněž se v koláči starostí objevují specifická témata, která se vynořila i v předcházejících metodách a ukazují se být poměrně výrazným Martinovým motivem.

Tato tvrzení podporuje též Čára života. Mezi pozitivní momenty řadí Martin dobu, kdy *Mamka potkala Davču (tátu) a Dokončení ZŠ*. Jako negativní momenty svého života popisuje Martin dobu, kdy se *Babička a děda rozešli, Stěhování, Špatné známky* a situaci v 8. třídě, kdy *Odešel kámoš ze školy*. Opět je zde možné vypořádat zaměření se na rodinné vztahy a výkon. Do Čáry života Martin rovněž zakreslil vlastní prožívání průběhu onemocnění atopickým ekzémem. Není bez zajímavosti, že první zhoršení ekzému, dle Martinovy křivky, připadlo na dobu, kdy se babička a děda rozešli a přišlo stěhování. Křivka ekzému se posouvala k nule (zlepšení), když *Mamka potkala Davču*. Naopak druhá vlna zhoršení se objevila v místě, kam Martin zakreslil špatné známky a odchod kamaráda ze školy. Aktuálně se křivka ekzému blíží nule, což odpovídá dokončení ZŠ, jak Martin opět zakreslil.

S těmito zajímavými spojitostmi byl Martin posléze opatrně konfrontován během závěrečného rozhovoru. Tato poznámka ho překvapila a řekl, že si toto spojení psychosociálních faktorů a ekzému nikdy dříve neuvědomil. Ráda bych zde proto shrnula rozhovor a podstatné body v Martinových výpovědích. Rozhovor se

orientoval na některé problémové oblasti, které s onemocněním souvisí, zaměřil se na Martinovo prožívání, jeho znalosti o onemocnění a možnosti léčby.

Martin nikdy neví, proč se ekzém zhoršuje, spojitost stresu a ekzému u sebe po zamyšlení nicméně potvrzuje. Vzpomíná na 8. třídu a testy, špatné známky a z toho plynoucí škrábání. Přestože teď Martin prožívá klidné období bez ekzému, hovoří o něm s velkou intenzitou a energií. Ekzém popisuje typicky klukovsky – ekzém svědí a bolí. Na florbalu se často zpotil, a protože jako brankář klečí, měl bolavá, pupínkatá kolena a ložiska na nohou, také na čele. Často se v té době drbal před usnutím i ve spánku. Reakce matky na škrábání byly – Nedělej to, máš si to namazat. Matka mi koupila různé krémy a snažila se pomoci, říká Martin. Byl za to rád, jeho stav jí prý nebyl jedno. Táta s ním zase chodil po doktorech. Kamarád ve třídě měl taky ekzém, Martin byl rád, že znal někoho se stejným problémem a měl si o tom s kým popovídat. Martin ekzém popisuje jako strašný a otravný, už ho prý nikdy nechce znovu a teď je jen rád, že už ho nemá. Na ekzému pro něj bylo nejhorší svědění, kterého se nemohl zbavit. Nejhorší situací bylo právě klečení na florbalu, měl z něho červená rozdrbaná kolena, která bolela. Když se mu ekzém zhoršil, vždy doufal, že se mu to brzo vrátí do normálu, často z toho byl smutný. Snažil se na to nemyslet a mazat ekzém předepsanými krémy a mastmi, měl prý tak alespoň dobrý pocit, že s tím něco dělá. Naopak při zlepšení se o prevenci příliš nestaral. Ostatní spolužáci se ho dřív kvůli ekzému báli a nechtěli se ho dotknout. Pomohlo, když jim svou situaci vysvětlil. Matka s ním prý o psychologické rovině problému hovořila, ale moc tomu nevěřil a myslel si, že se to dělá samo a zhoršení nastává proto, že se moc škrábe. O možnosti využití psychologické pomoci nevěděl. Na otázku zhodnocení současného stavu kůže Martin odpovídá, že se má teď dobře a žádná omezení necítí. Na škále od 1 do 5 volí 1 (žádná omezení). Vzpomíná však na dobu půl roku, rok zpátky, kdy by na škále nejspíše zvolil číslo 3. Musel se prý hlídat, aby se nedrbal, nesměl být dlouho ve vaně a měl problémy s florbalem, kvůli ekzému nemohl chodit na tréninky.

Na základě provedeného psychologického vyšetření a použitých metod by bylo možné dojít k několika zjištěním. Administrované metody neukázaly u Martina na závažnější psychosociální potíže, co se týče depresivity a sníženého sebehodnocení. Na druhé straně z Dotazníku způsob výchovy v rodině i dalších poloprojektivních metod vyplývá poměrně silné výchovné řízení i negativní emoční vztah s rodiči. Takové

rodinné nastavení může být silně propojeno s psychickým stavem, a tím negativně působit na ekzematické projevy. Problémy s ekzémem jsou u Martina spojeny se stresem ve škole, plněním množství požadavků a možná s vyžadováním výborného výkonu, který přichází od rodičů. Martin v této oblasti sám reflektuje svou nedostačivost, přestože tomu školní hodnocení neodpovídá. Kompenzaci proto hledá v jiných oblastech, například ve sportu a umění.

Na základě zjištěných informací by bylo vhodné zaměřit pozornost na rodinné nastavení. Navržena by mohla být rodinná terapie, avšak tato indikace by měla být ještě zpřesněna na základě dalších informací od Martina i jeho rodičů. V současné době prožívá Martin v ekzému klidové období, proto není třeba žádných dalších intervencí. V případě zhoršení projevů by se mohly zapojit některé intervenční metody, např. některé kognitivně-behaviorální techniky na zmírnění škrábání a zlepšení kontroly nad stavem kůže. Obecně by Martinovi a jeho rodičům měly být osvětleny a nabídnuty možnosti psychologické péče jako doplněk k běžné dermatologické léčbě, výhody tohoto druhu pomoci i jejich propojení s projevy somatického onemocnění.

4.7 Shrnutí výsledků empirického šetření

Na základě porovnání výsledků výzkumného souboru s kontrolním normovaným souborem není možné přiklonit se k výchozímu předpokladu o vyšší depresivitě výzkumného souboru dětí s atopickým ekzémem. Průměrný celkový skóre u dotazníku CDI byl shodný ve výzkumném i kontrolním souboru a nabýval průměrné hodnoty 9 bodů. Autorka dotazníku navrhuje cut off skóre na 19 bodech, proto zde není možné hovořit o depresivních sklonech tohoto výzkumného vzorku. Dle českého normovaného souboru by jednotlivé škály neměly přesahovat určitou hranici 3, 2, 3, 4, 3 bodů (při stanovení limitu jedné standardní odchylky) a celkový skóre 14 bodů (Preiss, 1998). Ve výzkumném souboru byla v 9 případech nalezena zvýšená míra výskytu depresivních symptomů, což odpovídá 20% z celkového testovaného souboru, ostatních 36 respondentů v tomto dotazníku odpovídalo vždy pod touto hranicí. Průměrné skóre jednotlivých škál (2, 1, 2, 2, 2 bodů) jsou znázorněny v tabulce č. 2. Možná vysvětlení tohoto jevu budou dále rozebrána v následující diskuzi.

Výsledky plynoucí z Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině rovněž nedovolily přiklonit se k výchozím předpokladům, že děti a dospívající s atopickým ekzémem budou vykazovat odlišný způsob výchovy v rodině než kontrolní soubor. Pouze u jednotlivé komponenty (nižší skór volnosti u otce) se skutečně ukázal signifikantní rozdíl mezi výzkumným a kontrolním souborem. Testování velkého množství proměnných najednou s sebou nese poměrně vysokou pravděpodobnost chyby 1. druhu, je proto zapotřebí dalších navazujících výzkumů obsahujících více dat od více respondentů.

Průměrné skóry v jednotlivých komponentách (viz tabulka č. 3) se v případě výzkumného vzorku mírně posunuly oproti průměrným komponentám u kontrolního souboru. U chlapců byl tento posun patrný ve zvýšených kladných komponentách u obou rodičů a snížených komponentů volnosti. U dívek se tento posun týká zvýšených komponentů volnosti u otce, u matky zvýšení záporných komponentů a rovněž zvýšení požadavků.

Z výsledných čtyř testovaných komponent je možné pro každé pohlaví zjistit emoční vztah, výchovné řízení i celkový způsob výchovy v rodině. V kontrolní skupině čítající 2178 dětí a dospívajících je obecně nejčastější kladný či střední emoční vztah u dívek i chlapců (Gillernová, 2009).

Následující tři tabulky (č. 6, 7, 8) znázorňují výsledky emočního vztahu u výzkumného souboru, zvlášť pro matku, otce a celkový emoční vztah v rodině. Od nejčastěji reflektovaného emočního vztahu kontrolní skupiny, jsou ve výzkumném souboru patrné některé rozdíly:

		pohlaví		
		chlapec	dívka	
extrémně kladný	počet	4	3	7
	% pohlaví	17,40%	13,60%	15,60%
kladný	počet	10	7	17
	% pohlaví	43,50%	31,80%	37,80%
střední	počet	1	4	5
	% pohlaví	4,30%	18,20%	11,10%
záporný	počet	8	8	16
	% pohlaví	34,80%	36,40%	35,60%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100%	100%	100%

Tabulka č. 6 – Emoční vztah (K, Z komponenty) matky

		pohlaví		
		chlapci	dívky	
extrémně kladný	počet	5	3	8
	% pohlaví	21,70%	13,60%	17,80%
kladný	počet	6	7	13
	% pohlaví	26,10%	31,80%	28,90%
střední	počet	4	3	7
	% pohlaví	17,40%	13,60%	15,60%
záporný	počet	8	9	17
	% pohlaví	34,80%	40,90%	37,80%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100%

Tabulka č. 7 – Emoční vztah (K, Z komponenty) otce

V případě výzkumného souboru vychází u dívek záporná komponenta u matky poněkud vyšší než u kontrolní skupiny, z čehož vyplývá záporný emoční vztah. Z něho plyne i celkový negativní emoční vztah v rodině. Souhrnné rozložení reflektovaných emočních vztahů v rodině se v rámci pohlaví ukazuje v následující tabulce.

		pohlaví		
		chlapci	dívky	
extrémně kladný	počet	7	3	10
	% pohlaví	30,40%	13,60%	22,20%
kladný	počet	6	6	12
	% pohlaví	26,10%	27,30%	26,70%
záporně- kladný	počet	0	1	1
	% pohlaví	0,00%	4,50%	2,20%
záporný	počet	10	12	22
	% pohlaví	43,50%	54,50%	48,90%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100%

Tabulka č. 8 – Emoční vztah v rodině

Posun k zápornému emočnímu vztahu je zřetelný nejvíce u dívek, kde je záporná komponenta emočního vztahu vyšší o celý bod než u chlapců. Téměř u poloviny všech respondentů z výzkumného souboru se projevil záporný emoční vztah v rodině.

Nejčastěji percipované výchovné řízení u kontrolního souboru je slabé u obou pohlaví, celkovému způsobu výchovy v rodině odpovídá laskavá výchova bez požadavků a hranic (Gillernová, 2009).

V následujících třech tabulkách (č. 9, 10, 11) je popsáno výchovné řízení u výzkumného souboru, tak, jak bylo respondenty vnímáno, zvlášť pro matku, otce a celkové výchovné řízení v rodině:

		pohlaví		
		chlapci	dívky	
rozporné	počet	6	8	14
	% pohlaví	26,10%	36,40%	31,10%
slabé	počet	10	9	19
	% pohlaví	43,50%	40,90%	42,20%
střední	počet	1	1	2
	% pohlaví	4,30%	4,50%	4,40%
silné	počet	6	4	10
	% pohlaví	26,10%	18,20%	22,20%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100%

Tabulka č. 9 – Výchovné řízení (komponenty P, V) matky

Nejčastější výchovné řízení je u chlapců i dívek shodné – rozporné řízení. To znamená relativně velké množství požadavků i volnosti, což může ukazovat na nejasnost, nepřehlednost, či zmatenost ve výchově.

		pohlaví		
		chlapci	dívky	
rozporné	počet	5	4	9
	% pohlaví	21,70%	18,20%	20,00%
slabé	počet	10	12	22
	% pohlaví	43,50%	54,50%	48,90%
střední	počet	3	4	7
	% pohlaví	13,00%	18,20%	15,60%
silné	počet	5	2	7
	% pohlaví	21,70%	9,10%	15,60%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100%

Tabulka č. 10 – Výchovné řízení (komponenty P, V) otce

Výchovné řízení vnímají respondenti z výzkumného vzorku u otce jako slabé, u matky právě jako rozporné. Celkově z toho vyplývá rozporné výchovné řízení v rodině pro chlapce i dívky, což vyplývá i z následující tabulky.

		Pohlaví		
		chlapci	dívky	
rozporné	počet	9	12	21
	% pohlaví	39,10%	54,50%	46,70%
slabé	počet	9	7	16
	% pohlaví	39,10%	31,80%	35,60%
střední	počet	1	1	2
	% pohlaví	4,30%	4,50%	4,40%
silné	počet	4	2	6
	% pohlaví	17,40%	9,10%	13,30%
celkem	počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100%

Tabulka č. 11 – Výchovné řízení v rodině

Celkový způsob výchovy v rodině nakonec odpovídá u dívek výchově s rozporným řízením a záporným emočním vztahem. Chlapci z výzkumného souboru vnímají způsob výchovy v rodině nejčastěji jako rozporné řízení, které je relativně vyváжено kladným emočním vztahem. Přehledně je toto rozložení shrnuto v tabulce č. 12.

		pohlaví		
		chlapec	dívka	
výchova autokratická, autoritářská se záporným emočním vztahem	Počet	3	3	6
	% pohlaví	13,00%	13,60%	13,30%
liberální výchova s nezájmem o dítě	Počet	0	3	3
	% pohlaví	0,00%	13,60%	6,70%
pesimální forma výchovy s rozporným řízením a záporným emočním vztahem	Počet	7	6	13
	% pohlaví	30,40%	27,30%	28,90%
výchova přísná a přitom laskavá	Počet	1	0	1
	% pohlaví	4,30%	0,00%	2,20%
optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	Počet	1	0	1
	% pohlaví	4,30%	0,00%	2,20%
laskavá výchova bez požadavků a hranic	Počet	5	2	7
	% pohlaví	21,70%	9,10%	15,60%
rozporné řízení relativně vyváжено kladným emočním vztahem	Počet	2	5	7
	% pohlaví	8,70%	22,70%	15,60%
kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	Počet	4	2	6
	% pohlaví	17,40%	9,10%	13,30%
výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný	Počet	0	1	1
	% pohlaví	0,00%	4,50%	2,20%
celkem	Počet	23	22	45
	% pohlaví	100,00%	100,00%	100,00%

Tabulka č. 12 – Způsob výchovy v rodině

Na základě znázorněných výsledků je možné zhodnotit mírný posun od kontrolního souboru směrem k rozpornému řízení, které ukazuje na vysoké požadavky na dítě i relativně vyšší volnost. Interpretace možných odlišností bude dále diskutována v další kapitole. Je nicméně třeba připomenout, že tyto rozdíly nevyšly jako statisticky signifikantní, mezi výzkumným a kontrolním souborem není možné nalézt žádné významné rozdíly. Na základě toho nejsou do práce vloženy žádné srovnávací grafy, jde pouze o deskripci dat z výzkumného souboru.

Ve shrnutí obou kazuistik by bylo dobré zdůraznit, že nebylo možné v rámci administrovaných dotazníků nalézt větší odklon od norem u depresivity ani sebepojetí. K obdobným závěrům dospívají i výstupy z kvantitativního výzkumného designu. V následném kazuistickém rozhovoru se však jisté faktory (zátěž, starost, ...) vztahující se k výskytu atopického ekzému u chlapce i dívky ukázaly. Dostupné a administrované diagnostické metody tak možná nepokrývají a neodhalují tuto oblast zcela dostatečně. Klinické či doplňkové poloprojektivní metody proto zatím zůstávají v této oblasti těmi nejdůležitějšími a nepostradatelnými. Žádné známky možné depresivity či problémů se sebepojetím jsou poměrně pozitivními výslednými zjištěními, naopak v dětmí percipovaném způsobu výchovy v rodině je možné nalézt jistá individuální specifika, která by mohla hrát roli při léčbě atopického ekzému. U obou kazuistik je prostor pro psychologickou práci právě v oblasti způsobu výchovy v rodině. Ta by mohla napomoci sjednocení způsobu výchovy ve vztahu k nemoci v prvním případě Jany, ve druhém případě Martina pak k uvolnění některých nároků a požadavků od rodičů. V obou případech by však tyto výsledky mohly představovat zajímavé zdroje informací ve vztahu ke zkoumanému fenoménu atopického ekzému.

Obdobně jako v kvantitativní, tak i v kvalitativní výzkumné části se některé odlišnosti oproti kontrolnímu souboru promítly právě do způsobu výchovy v rodině. Jestli se však může jednat o určitý rozhodující psychologický faktor u fenoménu atopického ekzému, je otázkou po dalších výzkumech a studiích, s mnohem rozsáhlejším výzkumným vzorkem, které by se tímto problémem důkladněji zabývaly. Zde se promítají pouze některé tendence a trendy, avšak jak je vidět u popsanych kazuistik, mohou nabývat zcela jedinečné individuální podoby.

5. Diskuze

Kvantitativní výzkum se zaměřil na dva výzkumné předpoklady. Jeden z nich se týkal zvýšené míry depresivity u výzkumného souboru dětí a dospívajících s atopickým ekzémem oproti kontrolnímu souboru. Druhý se orientoval na rodinný systém, emoční vztahy v rodině, výchovné řízení a jejich možné odlišnosti u vzorku s diagnózou atopického ekzému a kontrolního souboru v běžné populaci. Kvalitativní část práce dále rozšířila nejen použité metody, ale také psychologické oblasti možného negativního dopadu tohoto onemocnění.

Výše zmíněné předpoklady odpovídaly obdobně zaměřeným zahraničním studiím, které cílily na shodnou oblast problému. Využívány byly metody mapující stres, depresivní symptomy, sebepojetí atd., např. (Lee et al., 2010). Kromě metod dvou diagnostických nástrojů, zaměřených na depresivitu a rodinný systém, využitých v tomto výzkumu, jsem v kvalitativním designu uvažovala rovněž o dalších neméně relevantních metodách. Byl to zejména *Osobnostní dotazník pro děti – J.E.P.I.*, *INTEX D – test na měření externality a internality*, *Škála zjevné úzkosti pro děti*. První zmiňovaný, test osobnosti, jsem nepovažovala za nezbytný vzhledem k diagnostickému zaměření. Možnost jeho zařazení bych uvažovala spíše na dalších terapeutických setkáních. INTEX D se zaměřuje na kognitivní styly, stres a jeho zvládání, percepce rozhodujícího vlivu. Přestože může tento dotazník přinést užitečné výsledky, které by mohly sloužit jako dobrý základ pro rozhovor, nepokrývá zde zvolenou oblast psychologických fenoménů. Vhodný je spíše pro pozdější spolupráci psychologa s klientem. Poslední zmiňovaný dotazník – *Škála zjevné úzkosti pro děti* se soustředí pouze na aktuální stav, nepostihuje obecné úzkostné prožívání, proto se test ukázal pro tuto potřebu jako nepříliš vhodný.

Z předchozí podkapitoly je patrné, že interpretace jakýchkoli možných výsledků musí proběhnout se značnou zdrženlivostí, vzhledem k limitům práce, které zde budou diskutovány. Pravdou však zůstává, že zde využití standardizované testové metody neodkrývá oblast psychologických aspektů tohoto fenoménu zcela uspokojivě. Jak se ukázalo v kvalitativním designu dvou kazuistik, klinické či doplňkové poloprojektivní metody zatím zůstávají v této oblasti těmi důležitějšími a zásadními. Další výzkumy a hlubší zájem o tuto problematiku by mohly přinést nové metody, které tuto oblast lépe mapují, pomohou vyzdvihnout negativní psychologické aspekty spojené

s atopickým ekzémem a přispějí k lepšímu diagnostikování psychického stavu spojeného s tímto onemocněním.

Tímto se dostáváme k přednostem a limitům použitého výzkumného designu. Předností může být výzkumná orientace cílená na populaci, u které zatím nebylo na toto téma provedeno příliš studií. Předložený výzkum tak může sloužit jako mapující, zkoumající oblasti, o které zatím v českých odborných publikacích nebyl projeven velký zájem. Na druhou stranu má tento výzkum i množství nedostatků, které souvisí s nedostatečnou výzkumnou zkušeností i s problémy se sběrem dat.

Pro výzkum je jistě značně limitující poměrně malý počet účastníků, tedy nedostatečná velikost vzorku. Na druhou stranu je dobré připomenout, že i jiné studie publikované v odborných zahraničních periodikách pracují s podobně velkými vzorky (viz např. Lee et al., 2010). Dovolím si tvrdit, že doplnění kvantitativního designu o kvalitativní klinické metody v rámci dvou kazuistik je významným a důležitým bodem k rozšíření a doplnění poměrně obecných a vágních poznatků. Problém se sběrem dat byl hlavně v počáteční nedůvěře ze strany zdravotnických zařízení. Ty se do výzkumu zapojovaly se značnou skepsí ohledně výzkumného vzorku a s vlastními časovými i procedurálními limity. Na druhou stranu byli zaměstnanci nemocnic ochotni pacientům tyto dotazníky nabízet k vyplnění, počet účastníků lze proto nakonec vnímat jako úspěch.

Dalším limitem výzkumu může být absence reálné kontrolní skupiny. Přestože mají vybrané dotazníkové metody normy k příslušnému věku a jsou standardizované pro českou populaci, porovnání s kontrolní skupinou stejně starých zdravých dětí by přineslo zřejmě přesnější aktuální data vhodná k interpretaci. Pro mapování této problematiky by mohl být design založený na hledání odlišností mezi výzkumným souborem a tím „normovaným“ možná dostačující, pro navazující výzkumy je však kontrolní skupina nutností. Provedený výzkum však ani nemohl zabezpečit shodné podmínky testování, bylo by proto vhodné výzkum provádět na jednom místě se shodnými podmínkami pro všechny účastníky. Dále by měly být do empirického šetření doplněny další relevantní proměnné, např. aktuální projevy atopického ekzému během testování, délka onemocnění ad.

Poměrně důležitým nedostatkem v aktuálním výzkumu může být právě neznalost aktuálních potíží dítěte. Empirická studie nebere v potaz, jak silné projevy

momentálně respondent prožívá, což by mohlo skórování, zvláště u dotazníku CDI, do jisté míry silně ovlivnit. Emocionální stav může být u dětí propojen se závažností stavu kůže (Daud et al., 1993), aktuálně však na tom mohli být účastníci výzkumu s ekzémem dobře, vzhledem k příznivému letnímu počasí, blížícími se prázdninami, což dokládají i výstupy z kazuistik. Nebylo proto ověřeno, jak velké má účastník výzkumu aktuální projevy. Kritérium pro zařazení do výzkumu byla pouze návštěva dermatologa v jeho ordinaci a diagnóza atopický ekzém. Z mnoha výzkumů nepochybně vyplývá, že se vyšší míra depresivity projevuje pouze u středních či vážných projevů atopického ekzému (Hashiro & Okumura, 1997), kde se ukazuje, že pacienti s ekzémem jsou obecně více úzkostní a depresivní než kontrolní skupina. Rovněž další autoři studií tvrdí, že problémy v psychologické oblasti se signifikantně projevují jen u velmi silného ekzému (Absolon et al., 1997). Z tohoto důvodu mohla být k administrovaným metodám navržena a přidána krátká doplňková škála na zhodnocení současné závažnosti projevů. V zahraničních metodách bývá tato škála nazývána *Severity score*. Výsledky respondentů se závažnými aktuálními projevy ekzému by pak mohly být porovnány s výsledky dalších s lehkými projevy, což by mohlo nabídnout zajímavé srovnání a rozměr negativního dopadu tohoto onemocnění na dítě.

Další poznámkou může být fakt, že výsledky kvantitativní výzkumné části nemusí souviset s kožním onemocněním, ale může to být důsledek jiných faktorů. Zvýšená míra depresivity se zde neprojevila, na druhou stranu posuny v typickém stylu výchovy oproti kontrolnímu souboru nemusí být bezpodmínečně propojeny s určitým trendem výchovy.

Pozitivním způsobem je třeba postavit se k interpretaci výsledků dotazníku CDI. Nebyla nalezena zvýšená míra depresivity u zkoumané populace. Zásadním důvodem může být aktuální vymizení či zlepšení projevů atopického ekzému, což bylo diskutováno výše. O účastnících výzkumu, kromě návštěvy kožního lékaře, čímž se potvrzuje pouze diagnóza atopického ekzému, není možné zjistit nic dalšího. Není možné doložit, zda určitá míra depresivity odpovídá projevům atopického ekzému, či má zcela odlišný původ, například osobnostní nastavení atd. Navíc pokud má dítě ekzém od malička kontinuálně, nezná jiný stav a zvýšená míra depresivity se nemusí projevit v dotaznících. Dotazník CDI je zaměřen na současný stav nebo na změnu tohoto stavu, proto se nemusí aktuální situace promítnout v dotazníku. Pro zlepšení

výpovědní hodnoty těchto výsledků by mohl být navržen například retest, porovnání výsledků škály depresivity u mírných a závažných projevů jednotlivého dítěte atd.

U výsledků dotazníku o způsobu výchovy, přestože je zde třeba interpretovat velice opatrně vzhledem k nastíněným limitům, je možné spatřit jistý posun od typického stylu výchovy. Takový předpoklad zde byl formulován. Jednou z možností by mohl být posun směrem k extrémně kladnému emočnímu vztahu, minimálním požadavkům, které ukazují na velkou starostlivost a protektivitu k chronicky nemocnému dítěti. Rodiče onemocnění dítěte však nemusí vést ke kladnému emočnímu vztahu, dokonce naopak. Může se vyskytnout až přílišná přísnost zaměřená na dodržování léčebných postupů a plánů, málo volnosti a záporný vztah spojený se značnou psychickou zátěží. Vyšší míra stresu spojená s léčebnými opatřeními hlavně u matek atopických dětí je v odborné literatuře diskutována často, avšak narušení tohoto vztahu matka - dítě zatím nebylo nikdy zcela prokázáno (Daud et al., 1993). To nepotvrzuje ani tento výzkum, i když je zde patrný mírný posun k zápornému vztahu matky a dcery, výchovné řízení matky je rozporné s množstvím požadavků, ale také volnosti, u chlapců i dívek. Popsaná zjištění je nutné posuzovat s respektem vůči nepříliš velkému výzkumnému vzorku a hodnotám statistického testování, které ukázaly rozdíly průměrů komponent výchovy jako signifikantní pouze u komponent volnosti u chlapců.

Nejčastějšími problémy u dětí školního věku i v pubertě a adolescenci jsou emocionální poruchy, jako deprese a sebevražednost, strach ze školy, zkoušení atd. (Tress et al., 2008). Tyto problémy by však rovněž mohly být propojeny s fenoménem atopického ekzému. I z důvodu velkého množství psychologických faktorů, které souvisí s atopickým ekzémem, byl kvantitativní výzkumný design doplněn o dvě kazuistiky, který měl rozšířit úzce vymezené faktory pro kvantitativní část výzkumu. U každého z nich se spojitost jejich onemocnění s psychickým stavem objevila zcela odlišným způsobem na různých rovinách, jejich zobecnění proto není možné. Velmi častým zhoršujícím faktorem pruritu a ekzému je stres ve škole, změna prostředí dítěte (Jiráková, 2012). V kazuistice se u Martina tyto fenomény rovněž objevily. Stejně jako může zesílit somatické onemocnění (zhoršení projevů ekzému) v návaznosti na psychický stav dítěte, v tomto případě Martina, může se tak stát i díky nepříznivému způsobu výchovy v rodině. Jiráková (2012) varuje, že nadměrné

rodičovské reakce posilují pruritus, tento případ by mohl naopak odpovídat Janě a jejímu škrábání.

Výhodou zvoleného doplňujícího kvalitativního designu byla možnost hlubšího nahlédnutí do prožívání dětských pacientů s atopickým ekzémem. Byl to ale až rozhovor či poloprojektivní metody, které ukázaly na negativní konotace spojené s atopickým ekzémem. U dotazníkových metod se příliš neprojeví. Zásadní je právě hledisko individuálního posouzení. Je zřejmé, že dostupné testové metody nemohou aktuálně zachytit výrazné odlišnosti mezi výzkumným a kontrolním souborem. Za projevy atopického ekzému může být mnohdy víc, než je možné postřehnout v dotaznících, proto je u dětí s tímto onemocněním velmi efektivní právě rozhovor, který by tyto oblasti mapoval. Na jeho základě může dojít k lepšímu porozumění tohoto fenoménu a s ním spojených těžkostí.

Obecným doporučením pro zlepšení kvantitativního designu či navazujících výzkumných šetření by mohlo být porovnání respondentů s atopickým ekzémem a dalších kožních chorob, popřípadě dalších chronických onemocnění. Je výzvou pokusit se zde nalézt odlišnosti, ale i spojitosti, pokud existují. Zajímavým rozšířením a zpřesněním by mohlo být porovnání dětských výsledků s posouzením blízkých osob. Podobný design vytvořil například Slattery et al. (2011), kde se kromě adolescentů (36 respondentů) na výzkumu podíleli i jejich rodiče a lékaři. I další studie upozorňují na zajímavá doplnění, která sestávají z porovnávání sebeposouzení dětí a jejich stavu s posouzením rodiče, případně učitele (Absolon et al., 1997).

Možnosti psychologické podpory v léčbě atopického ekzému byly v závěru kazuistik navrženy v rámci individuálních doporučení, vyplývajících z celého diagnostického vyšetření. Jako jedno z obecných doporučení však akcentují nutnost základní psychoedukace zaměřenou na pruritus, která by měla informovat nejen rodiče, jak se škrábáním jejich dítěte naložit, ale také naučit děti, jak tyto své stavy zvládat vlastní pomocí. Atraktivní metodou, zejména pro starší děti a dospívající, by mohlo být navržení mobilní aplikace sloužící jako intervenční nástroj první pomoci při pruritu. Ve chvílích silného svědění by se pomocí této aplikace mohla rychle převést dětská pozornost na jinou aktivitu, která nepoškozuje kůži. Zároveň by aplikace obsahovala relaxační techniky vedoucí ke zklidnění. Dítě by bylo nakonec oceněno, že situaci svědění ustálo bez škrábání, či bylo povzbuzeno, pokud se mu to nepovedlo. V aplikaci by se mohly ukládat jednotlivé intervenční vstupy a dítě by pozorovalo, jak

se mu daří ve splnění cíle omezení škrábání. Výstup z této aplikace by rovněž mohl být zprávou pro rodiče, dermatology či jiné odborníky, kteří by registrovali aktuální projevy pruritu dítěte, mohli zhodnotit jejich závažnost i schopnost dítěte zvládat samo tyto projevy. Mimo tyto inovativní návrhy je často velmi účinné dětem hned na začátku léčby navrhnout některé kognitivně-behaviorální metody, které by jim mohly pomoci lépe zvládat stavy silného svědění. Na ně by posléze mohla navazovat další psychologická podpora.

Přestože bylo v této práci několikrát upozorňováno na nedostatečný zájem o tuto problematiku na českém území, je třeba poukázat i na některé další dostupné diplomové, dizertační či bakalářské práce, rovněž zaměřené na spojení psychologických aspektů a kožního onemocnění. Doufám proto, že tento zájem nebude ojedinělý a na toto téma bude vznikat více studií, které by podpořily psychosomatické hledisko u tohoto onemocnění.

6. Závěr

Cílem této práce bylo poukázat na význam psychologických aspektů souvisejících s atopickým ekzémem, a to jak teoreticky, tak i prostřednictvím empirického šetření. Snahou bylo zmapovat rozsah působení těchto faktorů, na základě kterých by bylo možné navrhnout možnosti psychologické podpory. Věřím, že tohoto cíle bylo v práci dosaženo.

Výsledky kvantitativního empirického šetření nepotvrdily výchozí předpoklady o vyšší míře depresivních symptomů či odlišném způsobu výchovy v rodině, nicméně v rámci kvalitativní výzkumné práce bylo nalezeno množství negativních konotací a zasažených oblastí, které se s atopickým ekzém pojí. Psychologická práce s dětmi i jejich blízkými na úrovni intervence, ale též diagnostiky a prevence, může proto představovat významnou složku podpory pro celou rodinu, ve které se toto chronické onemocnění vyskytuje.

Záměrem práce bylo také rozšířit dostupné znalosti o atopickém ekzému na psychologické úrovni a přispět k většímu zájmu o tuto problematiku, kde vidím v budoucnu prostor pro uplatnění psychologické práce s klienty. Obecně však zatím chybí zapojení těchto poznatků do praxe a jejich využití při kontaktu s pacienty. Lékaři v dermatologických ambulancích či na lůžkových odděleních příliš nevyužívají psychology, ani možnosti psychoterapie jako součást léčby.

Přestože je hledání možných psychosomatických souvislostí úkolem vždy nesnadným a nejistým, může být velmi užitečným doplněním běžné dermatologické péče a vést k lepšímu zvládnutí atopického ekzému. Ve své praxi bych se této oblasti v budoucnu ráda věnovala.

7. Použitá literatura

- Absolon, C., Cottrell, D., Eldrige, S., & Glover, M. (1997). Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *British Journal of Dermatology*, 137(2), 241-245. doi:10.1046/j.1365-2133.1997.18121896.x
- Al Shobaili, H. (2010). The Impact of Childhood Atopic Dermatitis on the Patients' Family. *Pediatric Dermatology*, 27(6), 618-623. doi:10.1111/j.1525-1470.2010.01215.x
- Allen, K. & Harris, F. (1966). Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1-2), 79-84. doi:10.1016/0005-7967(66)90046-5
- Basra, M., Chowdhury, M., Smith, E., Freemantle, N., & Piguet, V. (2012). A Review of the Use of the Dermatology Life Quality Index as a Criterion in Clinical Guidelines and Health Technology Assessments in Psoriasis and Chronic Hand Eczema. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 237-244. doi:10.1016/j.det.2011.11.002
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.
- Benáková, N. (2008). Dermatologie v kazuistikách. Praha: Mladá fronta.
- Benáková, N. (2013). Ekzémy a dermatitidy. (3., rozš. a aktualiz. vyd.) Praha: Maxdorf.
- Blessmann Weber, M., de Tarso da Luz Fontes Neto, P., Prati, C., Soirefman, M., Mazzotti, N., Barzenski, B., & Cestari, T. (2008). Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(8), 992-997. doi:10.1111/j.1468-3083.2008.02697.x
- Březáková, A. (1999). *Psoriáza jako model chronického onemocnění* (Disertační práce, Filozofická fakulta, UK). Praha.
- Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A., & Hellhammer, D. (2001). Psychobiological Aspects of Atopic Dermatitis: An Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(1), 6-16. doi:10.1159/000056219

- Carroll, C., Balkrishnan, R., Feldman, S., Fleischer, A., & Manuel, J. (2005). The Burden of Atopic Dermatitis: Impact on the Patient, Family, and Society. *Pediatric Dermatology*, 22(3), 192-199. doi:10.1111/j.1525-1470.2005.22303.x
- Cranenburgh, O., Prinsen, C., Sprangers, M., Spuls, P., & de Korte, J. (2012). Health-Related Quality-of-Life Assessment in Dermatologic Practice: Relevance and Application. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 323-332. doi:10.1016/j.det.2011.11.004
- Čáp, J. & Boschek, P. (1994). Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Čapková, Š. (2006). Atopická dermatitida - narůstající problém v dermatologické a pediatrické praxi. In *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie: Trendy v medicíně* (pp. 179-193). Praha: TRITON.
- Čapková, Š., Špičák, V., & Vosmík, F. (2009). Atopický ekzém (4., přeprac. vyd.). Praha: Galén.
- Danzer, G. (2001). Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál.
- Daud, L., Garralda, M., & David, T. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood*, 69(6), 670-676. doi:10.1136/ad.69.6.670
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1995). Nemoc jako cesta: vklad a výklad klinických obrazů nemocí. Praha: Aquamarin.
- Ehlers, A., Stangier, U., & Gieler, U. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 624-635. doi:10.1037/0022-006X.63.4.624
- Faleide, A., Lian, L., & Faleide, E. (2010). Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Praha: Grada.

- Finlay, A. & Khan, G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x
- Gil, K., Keefe, F., Sampson, H., McCaskill, C., Rodin, J., & Crisson, J. (1987). The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(6), 673-684. doi:10.1016/0022-3999(87)90016-X
- Gil, K., Keefe, F., Sampson, H., McCaskill, C., Rodin, J., & Crisson, J. (1988). Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis. *Behavior Therapy*, 19(2), 213-227. doi:10.1016/S0005-7894(88)80044-3
- Gil, K. & Sampson, H. (1989). Psychological and social factors of atopic dermatitis. *Allergy*, 44(9), 84-89. doi:10.1111/j.1398-9995.1989.tb04322.x
- Gillernová, I. (2009). *Vybrané kontexty výchovně-vzdělávacích interakcí dospělých a dětí: Edukační interakce dospělých a dětí* (Habilitační práce). FSVaZ UKF Nitra.
- Ginsburg, I., Prystowsky, J., Kornfeld, D., & Wolland, H. (1993). Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 32(9), 656-660. doi:10.1111/j.1365-4362.1993.tb04021.x
- Gupta, M. & Gupta, A. (1999). Depression Modulates Pruritus Perception: A Study of Pruritus in Psoriasis, Atopic Dermatitis and Chronic Idiopathic Urticaria. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 885(1), 394-395. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08697.x
- Hashiro, M. & Okumura, M. (1997). Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *Journal of Dermatological Science*, 14(1), 63-67. doi:10.1016/S0923-1811(96)00553-1
- Hon, K., Leung, T., Wong, K., Chow, C., Chuh, A., & Ng, P. (2008). Does age or gender influence quality of life in children with atopic dermatitis?. *Clinical and Experimental Dermatology*, 33(6), 705-709. doi:10.1111/j.1365-2230.2008.02853.x

- Howlett, S. (1999). Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 140(3), 381-384. doi:10.1046/j.1365-2133.1999.02696.x
- Chamlin, S., Frieden, I., Williams, M., & Chren, M. (2004). Effects of Atopic Dermatitis on Young American Children and Their Families. *Pediatrics*, 114(3), 607-611. doi:10.1542/peds.2004-0374
- Chen, S. (2012). Pruritus. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 309-321. doi:10.1016/j.det.2011.11.012
- Chen, S. & Thiers, B. (2012). Quality of life issues in dermatology. Philadelphia: Saunders.
- Chernyshov, P. (2009). May the Gender of a Parent Influence Assessment of Health-Related Quality of Life, Family Impact and Severity of Atopic Dermatitis in Children? *Pediatric Dermatology*, 26(1), 99-100. doi:10.1111/j.1525-1470.2008.00834.x
- Chida, Y., Hamer, M., & Steptoe, A. (2008). A Bidirectional Relationship Between Psychosocial Factors and Atopic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 70(1), 102-116. doi:10.1097/PSY.0b013e31815c1b71
- Chren, M. (2012). The Skindex Instruments to Measure the Effects of Skin Disease on Quality of Life. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 231-236. doi:10.1016/j.det.2011.11.003
- Chrostowska-Plak, D., Reich, A., & Szepietowski, J. (2013). Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(2), 239-242. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04578.x
- Jašková, E. & Taraba, P. (2009). Pruritus - komplexní terapie. *Dermatologie pro praxi*, 3(3), 125-130. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/03/04.pdf>
- Jiráková, A. (2012). *Kvalita života pediatrických pacientů s atopickým ekzémem a jejich rodin* (Disertační práce, 2. LF, UK). Praha.

- Kaptein, A. & Weinman, J. (2004). Health psychology. Malden, Mass: BPS Blackwell.
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
- Kimyai-Asadi, A. & Usman, A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 5(2), 140-145. doi:10.1007/BF02737869
- Kini, S. & DeLong, L. (2012). Overview of Health Status Quality-of-Life Measures. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 209-221. doi:10.1016/j.det.2011.11.007
- Koblenzer, C. (2005). The Emotional Impact of Chronic and Disabling Skin Disease: A Psychoanalytic Perspective. *Dermatologic Clinics*, 23(4), 619-627. doi:10.1016/j.det.2005.05.013
- Kodama, A., Horikawa, T., Suzuki, T., Ajiki, W., Takashima, T., Harada, S., & Ichihashi, M. (1999). Effect of stress on atopic dermatitis: Investigation in patients after the Great Hanshin Earthquake. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 104(1), 173-176. doi:10.1016/S0091-6749(99)70130-2
- Komárek, S. (2015). Tělo, duše a jejich spasení, aneb Kapitoly o moci, nemoci a psychosomatice. Praha: Academia.
- Krch, F. (2000). Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie*, 4(4), 231-235. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2000/04/03krch.pdf>
- Lee, K., Oh, S., Bae, B., Park, C., Noh, J., Park, I., & Wu, W. (2010). Association of Stress with Symptoms of Atopic Dermatitis. *Acta Dermato Venereologica*, 90(6), 582-588. doi:10.2340/00015555-0933
- Levenson, J. (2005). Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Morschitzky, H. & Sator, S. (2007). Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky. Praha: Portál.
- Novotný, F. (2010). Atopický ekzém. Praha: Triton.

- Pánková, R. (1985). *Psychické faktory v patogenezi a průběhu dermatóz* (Autoreferát kand. dis., LF, UK). Praha.
- Pánková, R. (2014). Atopická dermatitida – co je nového? *Pediatric pro praxi*, 15(5), 257-263. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/05/03.pdf>
- Pánková, R. & Kuklová, I. (2008). Psychosomatický přístup z pohledu dermatovenerologa. *Pediatric pro praxi*, 9(1), 32-34. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/07.pdf>
- Pauli-Pott, U., Darui, A., & Beckmann, D. (1999). Infants with Atopic Dermatitis: Maternal Hopelessness, Child-Rearing Attitudes and Perceived Infant Temperament. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 39-45. doi:10.1159/000012309
- Poot, F., Antoine, E., Gravelier, M., Hirtt, J., Alfani, S., Forchetti, G., ... & Sampogna, F. (2011). A Case-control Study on Family Dysfunction in Patients with Alopecia Areata, Psoriasis and Atopic Dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 91(4), 415-421. doi:10.2340/00015555-1074
- Reitamo, S., Luger, T., & Steinhoff, M. (2008). Textbook of atopic dermatitis. London: Informa Healthcare.
- Ricci, G., Bellini, F., Dondi, A., Patrizi, A., & Pession, A. (2012). Atopic dermatitis in adolescence. *Dermatology Reports*, 4(1), 1-3. doi:10.4081/dr.2012.e1
- Rogers, A., DeLong, L., & Chen, S. (2012). Clinical Meaning in Skin-specific Quality of Life Instruments: A Comparison of the Dermatology Life Quality Index and Skindex Banding Systems. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 333-342. doi:10.1016/j.det.2011.11.010
- Sanna, L., Stuart, A., Pasco, J., Jacka, F., Berk, M., Maes, M., ... & Williams, L. (2014). Atopic disorders and depression: Findings from a large, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 155, 261-265. doi:10.1016/j.jad.2013.11.009
- Sarafino, E. (2006). Health psychology: biopsychosocial interactions (5 ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

- Saunes, M., Smidesang, I., Holmen, T., & Johnsen, R. (2007). Atopic dermatitis in adolescent boys is associated with greater psychological morbidity compared with girls of the same age: the Young-HUNT study. *British Journal of Dermatology*, 156(2), 283-288. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07688.x
- Preiss, M. (1998). Sebeopisovací škála depresivity pro děti. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Schut, C., Weik, U., Tews, N., Gieler, U., Deinzer, R., & Kupfer, J. (2015). Coping as mediator of the relationship between stress and itch in patients with atopic dermatitis: a regression and mediation analysis. *Experimental Dermatology*, 24(2), 148-150. doi:10.1111/exd.12578
- Simpson, E. (2009). Atopic dermatitis: a review of topical treatment options. *Current Medical Research and Opinion*, 26(3), 633-640. doi:10.1185/03007990903512156
- Slattery, M., Essex, M., Paletz, E., Vanness, E., Infante, M., Rogers, G., & Gern, J. (2011). Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 128(3), 668-671. doi:10.1016/j.jaci.2011.05.003
- Štork, J. (2008). Dermatovenerologie. Praha: Galén.
- Trapková, L. & Chvála, V. (2004). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.
- Waldmann, V. (2002). Depth Psychology-based Psychotherapy of Atopic Dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie und Psychosomatik*, 3(2), 82-86. doi:10.1159/000064497
- Warschburger, P., Buchholz, H., & Petermann, F. (2004). Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *British Journal of Dermatology*, 150(2), 304-311. doi:10.1111/j.1365-2133.2004.05743.x

- Weiner, I., Nezu, A., Nezu, C., & Geller, P. (2003). Handbook of psychology: Volume 9, Health Psychology. New Jersey: Wiley & Sons.
- White, A., Horne, D., & Varigos, G. (1990). Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australasian Journal of Dermatology*, 31(1), 13-16. doi:10.1111/j.1440-0960.1990.tb00643.x
- Wittkowski, A. & Richards, H. (2007). How beneficial is cognitive behaviour therapy in the treatment of atopic dermatitis? A single-case study. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 445-449. doi:10.1080/13548500601109268
- Wittkowski, A., Richards, H., Griffiths, C., & Main, C. (2007). Illness perception in individuals with atopic dermatitis. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 433-444. doi:10.1080/13548500601073928
- Zaciosová, M. (2006). *Nejčastější ošetrovatelské problémy u dětských pacientů s atopickým ekzémem* (Bakalářská práce, LF, UK). Hradec Králové.